

KAROLINE AMÁLIA TAVARES ALESSI

NATAÇÃO E DEFICIÊNCIA MENTAL: UM ESTUDO DE CASO

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de Graduação em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

ORIENTADOR: PROF. CLÁUDIO PORTILHO MARQUES

MAIS UMA VEZ

Mas é claro que o sol
Vai voltar amanhã
Mais uma vez, eu sei
Escuridão já vi pior
De endoidecer gente sã
Espera que o sol já vem
Tem gente que está do mesmo lado que você
Mas deveria estar do lado de lá
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Tem gente enganando a gente
Veja nossa vida como está
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança
Mas é claro que o sol...
Nunca deixe que lhe digam
Que não vale a pena Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança

Renato Russo e Flavio Venturin

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus,
Que me deu forças para seguir em frente.
Aos meus pais, Carlos e Oneide,
À minha irmã Emili e ao meu marido Roderlei,
Que sempre estiveram ao meu lado.
Ao meu orientador,
Pela imensa contribuição e dedicação.
À P.M.V.D que foi sujeito desta pesquisa,
E sua mãe pelo apoio e incentivo.
Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a
realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 PROBLEMA	1
1.2 OBJETIVOS	3
1.2.1 Objetivo Geral	3
1.2.2 Objetivos Específicos	3
1.3 JUSTIFICATIVA	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 DEFICIÊNCIA	5
2.1.1 Conceitos	5
2.1.2 Um pouco da História	6
2.1.3 Classificação das Deficiências	8
2.2 DEFICIÊNCIA MENTAL	10
2.2.1 Definição	10
2.2.2 Classificação	11
2.2.3 Características da Deficiência Mental	12
2.2.4 Etiologia da Deficiência Mental	15
2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS	19
2.3.1 Medo	19
2.3.2 A Natação e o Medo	21
2.4 NATAÇÃO	23
2.4.1 Benefícios das Atividades Aquáticas Adaptadas	23
2.4.2 Adaptação das Habilidades de Natação	25
2.4.3 Considerações sobre Locais e Equipamentos	28
2.4.3.1 Locais	29
2.4.3.2 Equipamentos	30
3 METODOLOGIA	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5 CONCLUSÃO	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	44

RESUMO

Apesar de muito se falar sobre natação adaptada, não foram encontrados estudos que contemplassem portadores de deficiência mental e trauma com relação ao meio líquido. Na literatura afirma-se que as atividades no ambiente aquático são mais fáceis para portadores de deficiência do que no ambiente terrestre e a partir disto procurou-se saber qual a influência que a natação pode trazer ao desenvolvimento e ao comportamento de um indivíduo portador de deficiência mental com trauma do meio líquido. Cerca de 10% das crianças nasce ou adquire algum tipo de problema físico, mental ou sensorial, que de alguma forma prejudicará o seu desenvolvimento normal. Em países de terceiro mundo esses números podem alcançar 15 a 20% de todas as crianças. A natação, sendo uma das formas mais completas de atividade física pode ser utilizada para a estimulação destes indivíduos, contribuindo para o seu desenvolvimento global. A partir das informações obtidas com este trabalho procura-se instigar o interesse em novas pesquisas, ampliando assim, os conhecimentos na área de Educação Física Adaptada. Com a intenção de melhorar os procedimentos de atendimento a essa população. Para a elaboração deste trabalho foi realizado um estudo de caso com aspecto de pesquisa participante e pesquisa bibliográfica. Os dados foram coletados através de filmagem, observações registradas por relatório, questionário investigativo com os pais da aluna procurando identificar a causa do trauma do meio líquido. A pesquisa foi realizada no Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Paraná. Durante a pesquisa procurou-se observar a participação da aluna nas aulas de natação, suas reações, seu comportamento, seu relacionamento com os colegas. O período de abrangência deste estudo foi de aproximadamente quatro meses. A aluna analisada tem 25 anos de idade e este estudo teve como ponto principal a análise da influência da natação para esta aluna com deficiência mental e trauma do meio líquido, avaliar questões como a auto-estima e autoconfiança e a superação das barreiras quanto ao meio líquido. A aluna apresentou melhora significativa na auto-estima e autoconfiança e conseguiu superar barreiras com relação ao meio líquido chegando a entrar numa piscina infantil.

Palavras-chave: Natação; Deficiência Mental; Medo.

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (1993), o Brasil tem 10% da sua população com algum tipo de deficiência, ou seja, aproximadamente 14,6 milhões de deficientes. Destes, 5,8 milhões são portadores de deficiência mental, sendo que 60% dos casos tem causa ambiental e 40% causas genético-hereditárias.

A Declaração dos Direitos Das Pessoas Deficientes, aprovada em 9 de dezembro de 1975 pela Assembléia Geral da ONU, trata em seu artigo 1º que: o termo “pessoa deficiente” faz referência a todo individuo incapaz de garantir a si mesmo, de maneira total ou parcial, as necessidades de uma vida social ou individual, em virtude de suas capacidades físicas ou mentais.

De acordo com Duarte e Werner (1995) citados por Cidade e Freitas (2002), “as pessoas portadoras de deficiência são seres com potencialidades, limitações e diferenças que os tornam indivíduos únicos”.

Todos os indivíduos são diferentes uns dos outros e em alguns casos essas diferenças adquirem um aspecto depreciativo. Historicamente, as pessoas que fogem aos padrões de normalidade sofreram perseguições, segregação e humilhação. Até os dias de hoje essas pessoas sofrem várias formas de preconceito e são colocadas às margens da sociedade.

Com o aparecimento das questões sobre a inclusão de pessoas portadoras de deficiência houve um aumento na preocupação com a saúde e reabilitação desses indivíduos. Uma das formas de proporcionar essas melhoras é através da atividade física.

Com esse novo momento da sociedade, houve um grande avanço nos programas de atividade física para pessoas portadoras de necessidades especiais. Esses programas têm como objetivo uma melhor qualidade de vida, ou seja, uma maior integração dessas pessoas na sociedade de maneira geral (na escola, na família, no esporte, etc.).

A partir desses dados a natação pode ser indicada como uma das práticas de atividade física apropriada para alcançar os objetivos acima.

Para Rosadas (1989) a atividade física tanto sob a forma de movimentos contínuos, que beneficiam o sistema orgânico, quanto sob a forma de movimentos não contínuos, que visam algumas melhorias específicas, podem contribuir de maneira significativa na reabilitação de qualquer espécie de deficiência.

Essas contribuições ocorrem através de uma ativação da circulação, estimulação dos músculos (elevação do VO₂), diminuição no acúmulo de gordura localizada, equilíbrio do funcionamento glandular, aumento da produção de O₂ no cérebro (diminuindo crises convulsivas), e uma melhora da coordenação, da agilidade e flexibilidade.

Rosadas (1989) afirma que um outro benefício com a prática da atividade física é a questão psicossocial: ela estimula o convívio em sociedade, a criatividade, leva a descoberta de suas potencialidades, e facilita o desenvolvimento das habilidades individuais.

Segundo o Programa de Destrezas Esportivas: Natação, das Olimpíadas Especiais (1992), de todos os esportes aquáticos a natação é o mais conhecido e popular. Além de ser uma ótima forma de atividade física e recreação é também um meio de integração social, já que o indivíduo pode participar de algumas competições e eventos envolvendo a natação.

Os dados citados acima são elementos que justificam o aprofundamento de estudos que relacionem a prática de atividade física e o deficiente.

Neste sentido, muitos estudos têm mostrado os benefícios da natação para a população em geral e também para portadores de deficiência, seja ela física, mental, auditiva, visual ou múltipla.

Para pessoas portadoras de deficiência mental, principalmente crianças, as atividades praticadas em terra são bem mais difíceis do que as atividades no meio aquático. O meio aquático é responsável por proporcionar novas sensações que podem influenciar de maneira significativa o desenvolvimento e o comportamento do indivíduo fora da piscina.

No entanto, a autora do presente trabalho, após exaustiva revisão de literatura, não encontrou estudos que contemplassem portadores de deficiência mental e trauma com relação ao meio líquido.

Desta forma, pergunta-se: qual a influência que a natação pode trazer ao desenvolvimento e ao comportamento de um indivíduo portador de deficiência mental com trauma do meio líquido?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a influência da natação para uma aluna portadora de deficiência mental com trauma do meio líquido.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar se houve uma melhora da auto-estima e da autoconfiança;
- Avaliar o progresso na superação das barreiras quanto ao meio líquido.

1.3 JUSTIFICATIVA

De acordo com um relatório apresentado em 1980 à Junta Executiva do UNICEF pela entidade Reabilitação Internacional (sediada na cidade de Nova York) é revelada a grandeza da questão da deficiência infantil.

Cerca de 10% das crianças nasce ou adquire algum tipo de problema físico, mental ou sensorial, que de alguma forma prejudicarão o seu desenvolvimento normal. Em países de terceiro mundo esses números podem alcançar 15 a 20% de todas as crianças (CIDADE e FREITAS, 2002).

De acordo com dados do boletim One in Ten, apesar das deficiências atingirem a sociedade como um todo, existe uma distribuição desigual no mundo com relação às crianças com deficiência. A maior parte, correspondendo a 80% do total de crianças com deficiência, vive nas regiões

mais pobres do mundo, onde se pode perceber que os recursos com reabilitação física e social são muito escassos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que de todos os adultos ou crianças com alguma deficiência, menos de 3% recebem algum tipo de estimulação precoce ou reabilitação. - "The rights of children with disabilities: Child first, disabilities second", in One in Ten (vol. 14, 1995, p. 3-4).

A partir dos dados citados acima é possível perceber que se estimulados precocemente e de maneira adequada, os portadores de deficiência tem uma grande possibilidade de melhora em vários aspectos do seu desenvolvimento. Desta forma, sendo a natação uma das formas mais completas de atividade física, ela pode ser utilizada para a estimulação destes indivíduos, contribuindo para o seu desenvolvimento global.

De acordo com Glaser (1983), a criança portadora de deficiência mental que for submetida a atividades aquáticas como uma forma de estimulação precoce, apresentará uma melhor habilidade física, biológica, psíquica, social, terapêutica e recreativa.

Este estudo é de grande importância para todos os profissionais interessados em atuar com portadores de deficiência, e mais especificamente aos profissionais da área da natação. A partir das informações obtidas com este trabalho procura-se instigar o interesse em novas pesquisas, ampliando assim, os conhecimentos na área de Educação Física Adaptada. Com isso, tem-se a intenção de melhorar os procedimentos de atendimento a essa população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.2 DEFICIÊNCIA

2.1.1 Conceitos

Antes de se falar qualquer coisa a respeito das pessoas “deficientes” é importante que se faça uma reflexão sobre o significado da deficiência.

Muitos estudos encontrados sobre este tema mostram uma preocupação por parte dos profissionais em se evitar uma rotulação e discriminação pelos equívocos na utilização de termos como normal e anormal, deficiência, capaz e incapaz, comum e incomum que são utilizadas como sinônimo de “pessoas deficientes”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o Relatório da Reabilitação Internacional ao UNICEF, onde eram descritas definições de impedimento, deficiência e incapacidade.

Impedimento seria um dano psicológico, fisiológico ou anatômico, permanente ou transitório, ou uma anormalidade de estrutura ou função.

Deficiência estaria relacionada a qualquer restrição ou perda na execução de uma atividade, resultante de um impedimento, na forma ou dentro dos limites considerados como normais para o ser humano.

Incapacidade seria uma desvantagem que uma deficiência traz para uma certa pessoa, pois limita ou impossibilita o desempenho de alguma atividade que é considerada normal para uma determinada idade, sexo, fatores sociais e culturais.

A partir do que está posto acima, Cidade e Freitas (2002) afirmam que “de acordo com essas definições, entende-se o impedimento como o dano, a deficiência como a restrição e a incapacidade como a desvantagem”.

É realmente muito difícil encontrar um conceito para a “deficiência” quando se tem em mente que todos os seres humanos são diferentes entre si, cada qual com sua individualidade. Desta forma, Ribas (1985) faz o seguinte questionamento:

“... Grande parte de todos nós somos portadores de algum tipo de lesão, ou não estamos enquadrados no conceito de ‘normalidade’ ditado pela sociedade, onde ser ‘deficiente’ é não ter ‘capacidade’, não ter aptidão’ e não ter ‘eficácia’. Porém, se conhecermos melhor a pessoa, poderemos perceber que ela não é tão ‘deficiente’ assim. Contudo, até segunda ordem ou até o surgimento de uma mudança significativa que venha inverter a situação atual, o ‘deficiente’ sempre será o não ‘eficiente’”.

Otto Silva (1987) entende como pessoas deficientes “todas aquelas que estão abaixo dos padrões estabelecidos pela sociedade como de ‘normalidade’, por motivos físicos, sensoriais, orgânicos ou mentais, e em consequência dos quais vêm-se impedidas de viver plenamente”.

Enfim, de maneira geral e sem a menor pretensão de estabelecer um conceito único para deficiência, o termo “deficiente” é atribuído aos indivíduos que apresentam alguma forma de “anormalidade” ou de “diferenciação” com relação aos aspectos cognitivo, afetivo ou motor quando comparados às demais pessoas.

2.1.2 Um pouco da história

Para se entender a visão da deficiência na nossa sociedade atualmente é interessante que se faça um resgate histórico a respeito de como a deficiência era vista em outros tempos.

No início do Cristianismo, indivíduos com deficiência mental eram mandados para instituições nas quais conviviam com loucos, delinqüentes e outras pessoas que não eram aceitas pela sociedade (ASSUMPÇÃO JR, 1997).

De acordo com Casarin (1997) o Cristianismo assumiu uma postura diferente com relação à deficiência

“... incluindo seu portador entre as ‘criaturas de Deus’, assim ele não poderia ser abandonado, já que possui alma. Sob a influência do Cristianismo os portadores passam a ser assistidos em suas necessidades básicas de alimentação e abrigo, mas não havia preocupação com seu desenvolvimento e educação”.

A partir do que foi exposto acima, verifica-se mais um sentimento de piedade com relação ao portador de deficiência do que preocupação propriamente dita. A esses indivíduos era dado o mínimo necessário para a sua

sobrevivência sem se preocupar em encontrar formas de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Na Grécia Antiga, as crianças com deficiência eram abandonadas para que morressem como uma forma de “exorcizar” seres do mal. As pessoas acreditavam que a deformidade de uma criança era resultado de uma raiva dos deuses; desta forma, quando morriam eram purificadas. Quando sobreviviam eram considerados seres divinos.

Moussatché (1997) resgata alguns aspectos da história da deficiência citando Cytrin e Lourie (1978). É possível verificar a existência de alguns escritos religiosos que tratam os indivíduos portadores de deficiência como pessoas doentes. As leis em Roma e Esparta condenavam esses indivíduos a morte.

De acordo com Casarin (1997), na Idade Média observava-se atitude diversificada com relação ao deficiente, uma espécie de crença; num dado momento ele era tido com um ser divino que deveria ser protegido e abrigado e no outro como um ser maligno, demoníaco que deveria ser expulso ou queimado numa fogueira.

Com a Revolução Francesa constata-se um momento favorável a “consertar” varias injustiças sociais e passa-se a ter uma visão diferente com relação aos menos favorecidos.

No século XX, com o processo de industrialização, a ciência passa a ser mais respeitada quando descobertas com relação a problemas genéticos, defeitos metabólicos, etc são feitas.

Com as transformações ocorridas com a Segunda Guerra Mundial surgem questões como o direito de igualdade.

Entretanto, apesar das transformações ocorridas no decorrer dos tempos, da evolução do pensamento e da ciência com relação às pessoas com deficiência, não se observa tanta mudança assim. É claro que houve mudanças significativas; hoje, essas pessoas são tratadas, recebem atendimento especializado, a ciência busca descobrir a cura ou um tratamento mais eficiente de várias doenças que são responsáveis por causar essas deficiências. Apesar disso tudo essas pessoas ainda são discriminadas por uma grande parcela da sociedade que não sabe lidar com as diferenças e limitações dos portadores de deficiência.

Atualmente ainda existe a questão da exclusão, da discriminação, da desvalorização do portador de deficiência por parte das outras pessoas que nutrem sentimentos que vão desde piedade até repugnância.

2.1.3 Classificação das Deficiências

Cidade e Freitas (2002) apresentam a seguinte forma de classificação das deficiências de acordo com Brasil (1994), Marchesi, Martín (1995):

- Deficiência mental, auditiva, visual, motora e múltipla;
- Condutas típicas de síndromes neurológicas, psiquiátricas ou psicológicas (com manifestações comportamentais que acarretam prejuízos no relacionamento social);
- Altas habilidades (qualidades de superdotados);
- Distúrbios de saúde (obesidade, diabetes, cardiopatias, etc.);
- Problemas de comunicação, fala e linguagem;
- Dificuldades de aprendizagem.

É interessante comentar que os déficits podem acontecer isoladamente ou combinados. Sendo assim, um indivíduo pode apresentar uma certa deficiência motora apenas e/ou uma deficiência sensorial, desenvolvendo algumas patologias com suas características respectivas comuns ao caso.

Após a classificação apresentada acima serão abordadas questões com relação a algumas deficiências consideradas.

O deficiente físico apresenta como uma das suas características mais expressivas as alterações ortopédicas, que são aquelas que englobam problemas musculares, ósseos e/ ou articulares, ou neurológicas, que envolvem deteriorações ou lesão do sistema nervoso central. No entanto, essas alterações podem ter um caráter congênito, ou seja, o indivíduo já nasce com o problema ou podem aparecer no decorrer da vida do indivíduo (AVC – acidente vascular cerebral, lesão por acidentes, doenças como a poliomielite).

Para Duarte e Werner (1985) citados por Cidade e Freitas (2002), a deficiência física se apresenta como "uma alteração no corpo que provoca

dificuldades na movimentação das pessoas e as impede de participarem da vida de forma independente”.

Craft e Liebermam (2004) apresentam as definições de surdez e dificuldade de audição utilizadas pela IDEA (Individuals with Disabilities Education Act). A surdez é definida como “uma perda auditiva tão severa que torna o aluno incapaz de processar a linguagem por meio da audição, com ou sem o uso de um dispositivo de amplificação. A perda deve ser severa a ponto de prejudicar o desempenho educacional do aluno”.

Já a dificuldade de audição se caracterizaria como “uma perda auditiva que pode ser permanente ou flutuante, e prejudica o sucesso ou o desempenho educacional do aluno”.

Geralmente, quando a deficiência deste indivíduo é de origem congênita ele desenvolve, como consequência da deficiência, problemas relacionados à fala, ou seja, como ele não escuta, não consegue se comunicar por meio de palavras.

A IDEA citada anteriormente apresenta a seguinte conceituação: “Deficiência visual, incluindo a cegueira, designa um comprometimento de visão que, mesmo quando corrigido, prejudica o desempenho educacional da criança. O termo engloba tanto a baixa visão como a cegueira”.(PL 105-17, Individuals with Disabilities Education Act, 1997).

Na deficiência múltipla a principal característica é a presença de duas ou mais deficiências num indivíduo. Ou seja, são aquelas pessoas que possuem um déficit mental moderado ou profundo e pelo menos mais uma deficiência associada que pode ser auditiva, visual, paralisia, etc.

Os indivíduos com problemas de conduta são os que apresentam um comportamento inadequado que pode variar de intensidade e duração. De maneira geral mostram uma diversidade de comportamento, como por exemplo, estado agressivo, ansioso, depressivo ou hiperativo, onde o grau deste(s) distúrbio(s) vai trazer prejuízos no que diz respeito ao seu desenvolvimento dentro dos parâmetros considerados normais. Sendo assim, haverá também um prejuízo na aprendizagem, na integração social e na auto-afirmação num determinado contexto.

Superdotados são indivíduos que apresentam capacidades extraordinárias em diversos setores, demonstrando um desempenho incrível

e/ou elevado potencial de modo isolado ou combinado, nos aspectos a seguir: cognição, aptidão acadêmica, criatividade, liderança e habilidades em artes visuais e de representação e psicomotoras, necessitando de atendimento educacional especializado.

2.2 DEFICIÊNCIA MENTAL

2.2.1 Definição

O conceito deficiência mental vem sofrendo muitas transformações ao longo da história e pode-se observar na literatura pesquisada várias terminologias diferentes: debilidade mental, retardo mental, deficiência mental, sub-normalidade mental, deficiência intelectual, imbecilidade, idiotia, oligofrenia.

Essas diferenças apresentadas pela literatura acontecem devido aos critérios nos quais se baseiam os autores que discutem este conceito.

De acordo com Krynski (1969) a deficiência mental se constitui de quadros clínicos variados, com causas diversas, cuja manifestação é o desenvolvimento intelectual insatisfatório, geralmente acompanhado de patologias, sendo que algumas estão relacionadas às causas da deficiência e outras relacionadas à interação do indivíduo com o ambiente no qual está inserido.

Para a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR, 1992):

A deficiência "... caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente as demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho" BRASIL (1994, p.15) citado por CIDADE e FREITAS (2002, p.31).

Jersild (1971) afirma que a capacidade mental abaixo da média varia nas crianças desde aquelas que conseguem benefícios com a frequência na escola (apesar das grandes dificuldades) até aquelas que devido ao grau tão alto da deficiência são chamadas de deficientes mentais.

Para Gesell e Amatruda (1987) deficiência mental e retardamento mental são duas categorias diferentes que compõem a subnormalidade mental. Para os autores, a subnormalidade mental se define como um “funcionamento intelectual geral subnormal”, com início no período do desenvolvimento e pode comprometer a aprendizagem, o ajustamento social e a maturação. Chamam de deficiência mental uma patologia que afeta o cérebro impedindo o desenvolvimento do indivíduo. O retardamento mental é a expressão utilizada para os indivíduos que possuem um nível potencial de capacidade abaixo do normal; esse retardo acontece geralmente devido a condições ambientais desfavoráveis e não em função de uma patologia no Sistema Nervoso Central.

A partir de todas essas definições diferentes para deficiência mental observa-se uma grande dificuldade em classificar um indivíduo como deficiente mental ou não. Como foi citada acima, a deficiência mental pode ser de origem patológica ou pode ter uma causa social e não há parâmetros para se dizer se o indivíduo é mesmo deficiente mental ou se apresenta problemas de aprendizagem em virtude de fatores econômicos ou sociais.

Para fins deste estudo, será adotada a definição de deficiência mental da AAMR já apresentada anteriormente que, apesar de bastante abrangente, atende de maneira satisfatória às necessidades deste trabalho.

2.2.2 Classificação

Com o objetivo de garantir um mínimo de qualidade no atendimento às pessoas com deficiência mental é indispensável o conhecimento das principais características em cada grau de retardamento.

No entanto, existe uma certa dificuldade em classificar a deficiência mental tendo em vista que o nível de retardo é diferente para cada indivíduo afetado, pois é muito complicado precisar o que provocou o comprometimento, que partes do organismo foram atingidas e seus diferentes graus de variação.

Para se estabelecer os níveis de retardo mental devem ser considerados os aspectos físico, psicológico, emocional, de saúde, a capacidade funcional para o desempenho de atividades cotidianas, intelectuais, sociais e vocacionais considerados normais de acordo com cada faixa etária. No entanto, a divisão

na classificação da deficiência mental deve ser adotada apenas como parâmetro e não como regra, porque inúmeros são os fatores que podem causar o problema (FLEMING, 1988).

Rosadas (1989) apresenta duas classificações para a deficiência mental. A da OMS (Organização Mundial de Saúde) dá ênfase à intensidade da lesão classificando o deficiente mental como profundo (QI abaixo de 20), severo (QI entre 20 e 35), moderado (QI entre 35 e 55) e leve (QI entre 55 e 70); a outra enfatiza o nível educacional do indivíduo classificando-o como dependente (com idade mental de até 3 anos), treinável (com idade mental entre 3 e 5 anos) e educável (com idade mental acima de 5 anos).

Fazendo-se uma comparação entre as duas classificações citadas acima é possível observar que o indivíduo apontado como dependente é aquele com uma deficiência mental profunda, o treinável com deficiência mental moderada e severa, e ainda o educável com deficiência mental leve.

2.2.3 Características da Deficiência Mental

De uma maneira geral, pode-se afirmar que o deficiente mental possui dificuldade de equilíbrio, coordenação motora e locomoção, baixo condicionamento físico, distúrbios cardio-respiratórios, problemas de linguagem, déficit de memória e atenção (ROSADAS, 1989; CIDADE e FREITAS, 2002; PEDRINELLI, 1994).

A área na qual os indivíduos com deficiência mental mais apresentam diferenças em relação às outras pessoas, de acordo com Krebs (2004), é quanto ao comportamento cognitivo. O grau de deficiência mental se apresenta inversamente proporcional ao nível cognitivo do indivíduo, ou seja, quanto maior o grau de deficiência, menor é o nível cognitivo e vice-versa.

Os indivíduos que apresentam retardo mental aprendem mais lentamente que indivíduos sem deficiência apesar de o processo e os estágios de aprendizagem serem os mesmos (KREBS, 2004).

Comparando indivíduos com deficiência mental e indivíduos sem deficiência quanto ao comportamento social e afetivo Krebs (2004) afirma que ambos apresentam as mesmas variações afetivas e sociais. No entanto, o

deficiente mental pode não ter compreensão do que se espera dele e reagir de modo inadequado a uma certa situação por interpretá-la de maneira equivocada e não por não possuir reações adequadas.

O que menos diferencia um indivíduo com deficiência mental de um outro sem deficiência são os aspectos físicos e motores. Observa-se, entretanto, que uma grande parcela dos indivíduos com deficiência mental apresentam um déficit motor que estaria relacionado a questões cognitivas de concentração e entendimento e não a atrasos motores (KREBS, 2004).

Crianças com deficiência mental são mais lentas de um modo geral e demoram mais para falar e andar, são um pouco menores e geralmente estão mais propensas a problemas físicos e enfermidades que outras crianças. Numa criança com retardo mental observa-se em medidas de força, agilidade, equilíbrio, resistência, flexibilidade, velocidade em corridas e tempo de reação valores mais baixos que em crianças “não retardadas” (KREBS, 2004).

Para uma maior compreensão do indivíduo com deficiência mental é interessante que se conheça algumas características gerais de cada uma das classificações:

- Deficientes mentais educáveis
 - Educabilidade - são considerados pelos profissionais como aqueles que podem ser educados;
 - Aprendizagem lenta;
 - Domínio de habilidades escolares básicas;
 - Capacidade de adaptação pessoal e social;
 - Possibilidades de freqüentar escola comum em classes especiais ou até mesmo em classes regulares;
 - Compreensão e transferência de aprendizagem difícil;
 - Memória falha;
 - Tendência à frustração, à agressividade, à autodesvalorização;
 - Demonstram atitudes de teimosia;
 - Suas ações são automatizadas;

- Percepção deficiente quanto ao que é certo e errado, quanto à censura;
 - Sugestionabilidade; (ROSADAS, 1989).
 - Reações muito lentas – precisam de um tempo maior para se acostumar com novas idéias, ou seja, apresentam um desempenho melhor quando seguem uma rotina;
 - Pouca atenção – não conseguem se concentrar numa mesma atividade por muito tempo;
 - Limitações de linguagem – semelhanças e diferenças necessitam ser destacadas repetidamente (como por exemplo, claro e escuro, grande e pequeno, alto e baixo, etc.), e existe a necessidade de estabelecimento de um vocabulário oral. A utilização de símbolos numéricos e verbais se fazem necessários para que haja um desenvolvimento do conhecimento e para um maior entendimento de conceitos abstratos;
 - Possuem uma certa facilidade para desenvolver hábitos (hábitos de saúde – manter boa aparência física e higiene; hábitos interpessoais – como proceder para ser aceito socialmente pelos companheiros; hábitos de comunicação – capacidade para pedir ajuda para pessoas em que possam realmente confiar). (FLEMING, 1988).
- Deficientes mentais treináveis
 - Vocabulário pobre em quantidade e qualidade;
 - Atraso significativo no andar e no falar, com graves distúrbios da palavra;
 - Capacidade de defender-se dos perigos, de adquirir hábitos higiênicos de rotina, de realizar pequenos trabalhos caseiros, de bom relacionamento em relação aos familiares, a comunidade e a escola;
 - Grande deficiência no desenvolvimento das funções intelectuais;

- Limitações bastante acentuadas na aprendizagem;
 - Necessidade de supervisão e ajuda constante, ou seja, geralmente são considerados semidependentes (ROSADAS, 1989);
 - Geralmente são afetados por lesões no SNC, o que implica em respostas motoras inadequadas e descoordenadas;
 - Reações muito lentas a estímulos (FLEMING, 1988).
- Deficientes mentais dependentes
 - Acentuado prejuízo na comunicação;
 - Acentuado atraso na mobilidade;
 - Incapacidade de defender-se do perigo por pouca percepção do mesmo;
 - Limitações no relacionamento social;
 - Não possuem hábitos higiênicos e precisam de ajuda na alimentação e na realização de tarefas simples;
 - Limitações bastante acentuadas na aprendizagem;
 - Consegue atingir alguns poucos resultados no trabalho condicionado e repetitivo, mas com supervisão e ajuda constante (ROSADAS, 1989).

2.2.4 Etiologia da Deficiência Mental

Observa-se a existência de mais de 500 distúrbios onde é possível ocorrer o retardo mental como uma manifestação específica (MURPHY ET AL., 1998 citado por KREBS, 2004). Sendo assim, Cidade e Freitas (2002) afirmam que de acordo com Sanchez (1989), a deficiência mental vem sendo considerada resultado de vários fatores: hereditários, fisiológicos, sociais e culturais. Desta forma, elas podem ser divididas em fatores orgânicos (genéticos, pré-natal, perinatal e pós-natal) e fatores ambientais (cultural e o familiar).

O quadro apresentado a seguir é citado na obra de Moura (1993) e ilustra algumas causas da deficiência mental na cidade de Curitiba (PR) em 1992(dados referentes à análise de 400 portadores de deficiência mental):

CAUSAS GENETICAS	Aberrações cromossômicas	2%
	Erros inatos do metabolismo (fenilcetonúria, etc.).	0,5%
CAUSAS AMBIENTAIS	PRÉ-NATAIS E PERINATAIS	
	Hipoxia (anoxia) perinatal	48%
	Distúrbios metabólicos (diabetes materna, etc.).	7%
	Síndrome da angústia respiratória	5,5%
	Hiperbilirrubinemia (fator Rh, etc.).	3,5%
	Sífilis congênita	3,5%
	Infecção hospitalar	3,5%
	Rubéola congênita	2%
	Hidrocefalia congênita	2%
	Toxoplasmose congênita	1,5%
	Outros	1%
	PÓS-NATAIS	
	Meningite	5%
	Sarampo	3,5%
	Outras infecções	2%
	Acidentes (trânsito, quedas, etc.).	3,5%
	Traumatismos cranianos (agressões)	2%
	Outros	4%

Fonte: Dra. Luci Yara Pfeiffer Miranda, APAE, Curitiba, Paraná.

É importante salientar que a grande maioria das causas citada acima poderia ser evitada com cuidados muito simples, como programas de informação e esclarecimento da população na forma de ações preventivas.

De acordo com Dorin (1982) citado por Moura (1993) a privação de conteúdos culturais e a falta de estimulação precoce no que diz respeito aos aspectos sensoriais e motores estão associados a déficits intelectuais.

Krynski (1969) fazendo referência a Kan (1967) cita uma classificação que contempla as classificações norte-americana e as da OMS por considerá-las bastante completa:

- 1) Deficiência mental após infecções (moléstia física inclusive congênita, sífilis congênita, toxoplasmose congênita, tumor cerebral, encefalite);
- 2) Deficiência mental após intoxicações (encefalopatia congênita após toxemia materna na gravidez, encefalopatia congênita após outras intoxicações maternas, kernicterus, encefalopatia pós-imunização);
- 3) Deficiência mental após trauma ou agentes físicos (encefalopatia devido a injúria pré-natal, a injúria mecânica do parto, a anoxemia no parto, a injúria pós-natal);
- 4) Deficiência mental associada com distúrbios do metabolismo, crescimento ou nutrição (encefalopatia associada com distúrbios do metabolismo: lipídico, aminoácidos, carboidrato; encefalopatia associada com insuficiência hormonal);
- 5) Deficiência mental associada a desenvolvimentos recentes (neurofibromatose, angiomatose cerebral trigeminal, esclerose tuberosa, neoplasma intracranial);
- 6) Deficiência mental associada a anormalidades cromossômicas (Síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner);
- 7) Deficiência mental associada a malformações cerebrais, moléstias degenerativas cerebrais e outras anormalidades orgânicas do cérebro devido a causas incertas ou desconhecidas (defeito cerebral congênito associado à anomalia cranial primária, encefalopatia associada à esclerose difusa do cérebro, encefalopatia associada à degeneração cerebelar);
- 8) Deficiência mental após influências psicogenéticas ou do meio ambiente (deficiência mental após privação do meio ambiente, influências emocionais, profundo dano motor ou sensorial);
- 9) Deficiência mental associada à psicose funcional ou personalidade psicótica (deficiência mental associada à esquizofrenia, autismo infantil, psicose maníaco-depressiva);
- 10) Outras e não especificadas (não classificáveis, desconhecidas, não especificadas).

Na literatura consultada, observa-se que a classificação mais recente quanto à etiologia é a da Associação Americana de Retardo Mental (AAMR).

A AAMR divide os fatores etiológicos em quatro grupos básicos que são os Biomédicos, os Sociais, os Comportamentais e os Educacionais.

Os fatores biomédicos seriam aqueles que se referem às questões biológicas, como distúrbios genéticos ou nutrição. Os fatores sociais dizem respeito à interação com a família e a sociedade, como a estimulação e a responsabilidade dos adultos. Os fatores comportamentais referem-se às atitudes que podem causar o problema, como atividades que possam trazer algum perigo ou o consumo de drogas e álcool por parte da mãe. Os fatores educacionais dizem respeito à oferta de programas de apoio educacional que propiciem o desenvolvimento intelectual e de habilidades adaptativas (AAMR, 1992).

Apesar de a causa da deficiência mental mais predominante ser a Síndrome Alcoólica Fetal, algumas das mais recentes pesquisas tem apontado os distúrbios ligados ao cromossomo X como sendo o distúrbio genético hereditário que mais manifesta o retardo mental acontecendo na proporção de 1 para cada 450 nascimentos (KREBS, 2004). No entanto, apesar de descritas na literatura, as causas da deficiência mental nem sempre são possíveis de serem diagnosticadas e muitas vezes vêm associadas a mais de um fator.

Fazendo-se uma comparação entre o número de homens e o número de mulheres com deficiência mental é possível afirmar que a frequência do retardo é 1,5 vez maior em homens do que em mulheres. Isso pode estar relacionado com questões genéticas, expectativas no desempenho de papéis sociais e também uma menor aceitação para distúrbios entre indivíduos do sexo masculino (LEWIS e WOLKMAR, 1993).

Não se deve ter o termo “retardo mental” como uma definição generalizada, como se todos os indivíduos que apresentam o retardo fossem iguais. Cada um dos indivíduos afetados tem limitações e potencialidades diferentes uns dos outros que devem ser respeitadas e estimuladas da melhor forma possível para que eles possam atingir o máximo do seu desenvolvimento. Desta forma, cabe ao profissional que vai trabalhar com este indivíduo identificar os seus limites e potencialidades e encontrar a maneira mais adequada para estimulá-los.

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

2.3.1 Medo

Dentre todos os estados emocionais presentes tanto no homem como nos animais, o medo é um dos mais intensos e mais comumente experimentados.

Krech e Crutchfield (1994) afirmam que “o medo é uma emoção de ‘afastamento’ e envolve uma fuga do perigo”.

O pré-requisito básico para que o medo se manifeste é a percepção de algo que signifique uma condição de ameaça. A questão principal nesta situação de ameaça aparenta ser a sensação de incapacidade ou ausência de força suficiente para enfrentar a ameaça.

Sendo o medo uma reação involuntária do organismo que, como outros instintos, desenvolve-se desde o nascimento ele não pode ser evitado. Entretanto, a medida em que o tempo passa é possível se acostumar com esses medos e conviver com eles sem maiores problemas uma vez que podemos aprender a ter controle sobre os elementos responsáveis por essa sensação (POPPOVIC, 1974).

É possível afirmar que o medo, de todas as emoções vivenciadas, possui um caráter “contagioso” mais intenso. Isto significa que “o fato de ver e ouvir outras pessoas em estado de terror provocará, muitas vezes, o pânico no observador, mesmo que nada mais exista, no ambiente, que possa provocá-lo” (KRECH e CRUTCHFIELD, 1994).

De acordo com Poppovic (1974) alguns psicólogos afirmam que o medo é composto por duas partes: uma parte fisiológica e a outra psicológica. Sendo assim, o aspecto fisiológico do medo está relacionado com a ativação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) onde o indivíduo é alertado para agir de maneira adequada às situações de perigo. Com isso, ocorrem alterações cerebrais no indivíduo que fazem com que ele tenha a sensação de “estar com medo”, correspondendo ao aspecto psicológico do medo. Geralmente, tanto o aspecto fisiológico quanto o psicológico estão interligados, mas a intensidade com que se apresentam podem variar de acordo com a pessoa e a situação.

Com a ativação do SNA numa situação de medo, as funções reguladas por ele sofrem várias alterações. A frequência cardíaca aumenta, fazendo com que a circulação sanguínea também aumente assegurando uma maior suplementação de oxigênio. A frequência respiratória aumenta. Com isso há a liberação de hormônios, principalmente a adrenalina, que presente em grandes quantidades no organismo provoca a liberação de açúcar pelo fígado que vai servir como fonte de energia imediata para um possível esforço físico e mental. O sangue é desviado da epiderme para os órgãos vitais (coração, pulmões, etc) garantindo assim, o suprimento de oxigênio e causando a palidez característica do medo. Observa-se ainda uma dilatação das pupilas. Todas as funções não vitais do corpo são suspensas pelo SNA como, por exemplo, a salivação, a digestão, etc. Essas mudanças involuntárias têm a função de melhorar a performance do indivíduo como uma forma de proteção contra qualquer ameaça de perigo.

Outros sinais podem ser observados no indivíduo quando o estímulo que causou a sensação de medo cessa: o rosto fica vermelho devido ao afluxo de sangue, o pensamento pode ficar confuso, pode acontecer uma situação de euforia ou histeria, acompanhada de riso ou choro.

Quando o medo é muito intenso pode haver perda de controle dos esfíncteres que controlam a bexiga e o intestino. Estes são sintomas do fenômeno que se conhece como “supercompensação parassimpática”. Esta denominação se refere ao fato de que as respostas ao medo são controladas basicamente pelo SNA Simpático e para compensar e fazer com que o organismo volte ao estado de equilíbrio o SNA Parassimpático entra em ação.

Entretanto, existem situações em que o medo ultrapassa todos os limites de controle: “... quando, a princípio dirigido a um objeto ou conjunto específico de circunstâncias, por alguma razão cresce despropositadamente e foge a qualquer espécie de controle, consciente ou voluntário”. Esse tipo de medo que chega a ponto de impedir completamente qualquer tipo de reação é conhecido como fobia (POPPOVIC, 1974).

Assim, é possível afirmar que o medo, quando se apresenta de uma forma sutil ajuda na sobrevivência dos indivíduos colocando-os num estado de alerta para as situações de perigo, ou seja, funciona no sentido de sensibilizar o indivíduo para enfrentar as ameaças.

2.3.2 O Medo e a Natação

É possível observar que a natação é a área na qual as emoções de maneira geral ficam bastante visíveis. A principal dessas emoções manifestadas na natação é o medo. O medo da profundidade, da imersão do rosto, de não ser capaz de realizar determinadas atividades, a falta de equilíbrio podem ser considerados fatores determinantes na fase inicial do processo de aprendizagem da natação.

Numa situação como a natação, a expressão espontânea e criativa dos indivíduos viabiliza uma possibilidade de emoções que podem, ao mesmo tempo, ser útil ou atrapalhar a aprendizagem (CATTEAU e GAROFF, 1990).

Tudo que é novo e desconhecido exerce uma forte atração nos seres humanos, e o ambiente aquático representa muitas vezes uma novidade a ser desvendada.

Como já foi apresentado anteriormente, as emoções não são controladas, ou seja, acontecem de forma involuntária; quando um certo limite é ultrapassado essas emoções trazem prejuízos para o indivíduo, além de comprometer a atividade motora, postural ou mental.

Catteau e Garoff (1990) afirmam que de acordo com a pedagogia tradicional da natação, o primeiro ou os primeiros contatos do aluno de natação com a água são acompanhados pelo medo. Sendo assim, deve-se ter o cuidado ao se falar em “fobia de água” como se todos os principiantes fossem acometidos por um estado fóbico, ou seja, como se fosse uma regra e não a constatação de uma evidência. Não se pode esquecer que medo e fobia são estados emocionais distintos.

Como já foi citado, o medo estimula repostas fisiológicas, como aumento do tônus muscular, aumento de movimentos musculares involuntários e incapacidade de boiar. O medo é uma forte emoção, que pode levar à diminuição do respeito por si mesmo e à insegurança, impedindo a participação em esportes aquáticos (MORAN, 1961 citado por LEPORE, 2004). A primeira etapa no ensino da natação é a superação do medo e da ansiedade. Estes são barreiras para o processo de aprendizagem de atividades no meio aquático e a partir do momento que o aluno consegue se livrar do medo fica livre para aprender.

Lepore (2004) apresenta algumas dicas para a superação do medo: o professor não deve ridicularizar e nem demonstrar impaciência em situações de medo; deve ter muita paciência mas não deve confundi-la com bajulação; as orientações devem ser passadas com tranqüilidade e não se deve forçar o aluno, apenas incentivá-lo; não alterar o tom de voz; atentar para uma progressão gradual das atividades; utilizar-se de atividades não competitivas pois as atividades de caráter competitivo podem aumentar ainda mais o nível de estresse.

De maneira geral, as inibições e limitações envolvidas em uma determinada atividade podem estar relacionadas a acontecimentos desagradáveis de uma experiência anterior e assim Catteau e Garoff (1990) expõem que o medo pode estar relacionado a 3 fatores:

1. À lembrança de uma experiência física desagradável vivenciada anteriormente, como por exemplo, uma submersão inesperada e conseqüente sufocação;
2. A uma experiência desagradável vivenciada anteriormente e que mesmo não sendo lembrada pelo indivíduo ficou armazenada no seu subconsciente;
3. A uma “falsa experiência” não vivenciada fisicamente, mas que em virtude de relatos de outras pessoas e de atitudes de pessoas próximas faz com que haja uma associação da água com algo extremamente desagradável. Frases do tipo “não vá na água que você vai se afogar” são exemplos típicos de como o medo pode ser reforçado.

Para o desenvolvimento de atividades na água faz-se necessário um ajuste mental com relação ao ambiente aquático. Em nadadores novos ou com medo esse ajuste acontece de forma muito mais demorada e em indivíduos portadores de deficiência isso pode demorar mais ainda (LEPORE, 2004).

O fato de o indivíduo não estar preparado psicologicamente, neurologicamente e fisiologicamente também podem interferir no processo de aprendizagem. Ele pode ter um atraso no desenvolvimento, um dano cerebral, imaturidade do sistema nervoso central que impossibilitem a execução de uma

determinada habilidade e sejam necessárias adaptações para que ele consiga aprender e memorizar um certo movimento (LEPORE, 2004).

Questões como dificuldade de controle respiratório, não conseguir se segurar com firmeza na borda são fatores que podem interferir de forma negativa para o processo de aprendizagem, uma vez que essas situações podem levar a sensações de medo e ansiedade.

Há uma diminuição do medo quando professor e aluno têm facilidade para se comunicar. Além da comunicação para desenvolver relações de confiança é imprescindível que o professor saiba o modo correto de posicionar, orientar, tocar, apoiar o aluno em todos os momentos que fazem parte do contato dele com o ambiente aquático, quer seja no vestiário, na borda da piscina ou dentro dela. Manter um contato corporal segurando o aluno firmemente e junto ao corpo do professor transmite segurança, confiança e afinidade (LEPORE, 2004).

Wallon citado por Garoff (1990) afirma que “O medo extrai suas origens, como qualquer outra emoção, de reações elementares cujo ponto de partida é uma sensibilidade orgânica”.

2.4 NATAÇÃO

2.4.1 Benefícios das Atividades Aquáticas Adaptadas

De maneira geral, a prática de atividade física faz com que haja um aumento no suprimento sangüíneo aos músculos, dissipação de calor em função de alterações químicas que ocorrem durante a contração, aumento do metabolismo muscular por causa de uma maior demanda de oxigênio e pela produção de gás carbônico (MATTOS, 1994).

Dentre os vários benefícios que os esportes aquáticos podem proporcionar, é possível destacar uma maior aptidão física, e um melhor desenvolvimento motor.

Velasco (1994) afirma que independentemente do tipo de deficiência, atividades desenvolvidas no ambiente aquático proporcionam inúmeros

benefícios. No entanto, para cada tipo de deficiência as atividades aquáticas trazem benefícios específicos.

A água é detentora de propriedades como a de sustentação (empuxo) e eliminação praticamente total da gravidade facilitando a movimentação dos indivíduos. Ela alivia o estresse provocado pelo próprio peso do corpo, auxilia no equilíbrio estático e dinâmico (CAMPION, 2000 citado por GRASSELLI e DE PAULA, 2002).

A natação proporciona um fortalecimento da musculatura melhorando a estabilidade postural que é de extrema importância para as habilidades de locomoção e controle de objetos. As atividades aquáticas adaptadas também propiciam uma melhora no controle da respiração e a aptidão cardiorrespiratória (LEPORE, 2004).

De acordo com Costa (2000) citado por Grasseli e De Paula, 2002:

“... quando o corpo está exposto a um estímulo frio, por exemplo, em água de temperatura fria, estes vasos se contraem, evitando que seja liberado calor interno, ao contrário, se o estímulo de calor é maior que a temperatura interna, há uma vaso dilatação para que o calor seja liberado e a temperatura se mantenha em equilíbrio. Com as mudanças constantes de temperatura interna da água este mecanismo é constantemente acionado, fazendo com que o organismo adquira uma maior resistência contra mudanças bruscas de temperatura externa, proporcionando ao indivíduo, também, maior resistência contra doenças provocadas pelas intempéries do meio”.

Com relação aos benefícios cardiovasculares podemos dizer que a pressão e a resistência exercidas pela água sobre o corpo, juntamente com os esforços na execução de movimentos agem de maneira direta sobre esse sistema, causando aumento do metabolismo, fortalecimento da musculatura cardíaca, melhora da pressão sangüínea. Costa (2000) citado por Grasseli e De Paula (2002) afirma que estes aspectos são de muita relevância para indivíduos com seqüelas de acidente vascular cerebral uma vez que o AVC ocorre geralmente em função de algum problema cardiovascular.

Em se tratando do sistema respiratório, haverá um fortalecimento da musculatura respiratória, melhora da elasticidade da caixa torácica e aumento do volume máximo respiratório.

Os benefícios das atividades aquáticas não se limitam ao aspecto físico; de acordo com Lepore (2004) elas “... suprem as necessidades especiais,

oferecendo um ambiente que contribui para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo”.

Lepore (2004) afirma ainda que os benefícios físicos e psicossociais dos esportes aquáticos são de maior importância e mais visíveis nos indivíduos com deficiência do que naquelas não-portadoras. Além disso, os aspectos terapêuticos e motivacional proporcionados pela água fazem com que ela se apresente como uma excelente forma de estimulação da aprendizagem.

Para Innenmoser (1983) as atividades na água podem favorecer os indivíduos portadores de deficiência nos seguintes aspectos:

- Melhor funcionamento dos órgãos internos e dos músculos;
- Melhor qualidade dos movimentos;
- Melhor percepção e sensação com relação ao meio ambiente;
- Melhor consciência e compreensão de si mesmo e da sociedade a sua volta;
- Facilitar o contato e o convívio social;
- Melhora da condição psicológica, ou seja, auto-estima, motivação, etc;
- Aprendizado no convívio com a deficiência, suas potencialidades e limitações;
- Melhor qualidade de vida em vários aspectos e principalmente com relação a sua personalidade.

2.4.2 Adaptação das Habilidades de Natação

Algumas adaptações em certas habilidades se fazem necessárias para que a aprendizagem da natação aconteça de forma eficiente. Essas adaptações vão depender do tipo de deficiência que o indivíduo possui e do grau de comprometimento que a deficiência proporciona.

No entanto antes que isso aconteça, objetivando atender a necessidade do aluno, o professor deve avaliar qual a necessidade dessa habilidade e em que momento e como ela será utilizada. Desta forma, Lepore (2004) apresenta algumas questões que devem ser consideradas:

- Se existem limitações físicas em função da deficiência e quais são;
- A forma mais eficaz de propulsão na água, considerando-se as limitações da deficiência;
- Que tipo de movimento pode provocar ou amenizar dores e lesões;
- Adaptações possíveis sem que se altere muito o estilo ou a habilidade, mantendo-as o mais próximo da versão não adaptada;
- Que equipamentos estão à disposição para a aprendizagem da habilidade.

Velasco (1994) afirma que o simples movimento de caminhar na água “... afeta uma gama enorme de informações visuais, táteis, labirínticas e sinestésicas que determinam desregulações de postura, de tônus e descargas emocionais que devem ser respeitadas e trabalhadas para serem resolvidas”.

A respiração é o fator que mais se altera no ambiente aquático. Além das alterações provocadas pelo próprio ambiente existe a questão psicológica que faz com que a frequência e o volume respiratório se modifiquem. No ambiente terrestre as pessoas não pensam para respirar, isto acontece involuntariamente; na água existe a necessidade de pensar sobre o ato de respirar, ou seja, existe um maior controle desta função. A imersão e a flutuação também exigem algumas adaptações do organismo no que diz respeito a mecânica do movimento no meio líquido (VELASCO, 1994).

“Se houver desequilíbrios Tônico-emocionais, a motricidade aquática estará bloqueada em sua realização plena e espontânea. O dinamismo harmonioso entre o psiquismo (a nível intelectual e afetivo) e os movimentos será eficiente se forem respeitadas as necessidades individuais. Isso, sim, dará real significado ao movimento”.

Lepore (2004) afirma que talvez haja a necessidade de um ajuste na posição do corpo do aluno (mais comum em portadores de deficiência como paralisia cerebral, AVC, TCE, espinha bífida, obesidade, amputação, distrofia muscular, pólio ou lesão medular traumática), utilizando flutuadores ou acrescentando pesos; alteração na ação propulsora de membros superiores e inferiores (nos movimentos de braço mudar a curva em S para uma curva

adaptada em C ou em J. Já nos movimentos de membros inferiores as adaptações de propulsão podem ser uma maior flexão dos joelhos na batida das pernas, utilização da pernada em tesoura durante a respiração do nado livre ou a utilização de pés de pato para a execução da pernada do nado golfinho, do nado borboleta); e adaptação na forma de respiração (mudar a respiração unilateral para respiração bilateral ou frontal, rolar e ficar de costas para respirar, ou utilizar um snorkel. Além destas alterações, os alunos podem fazer uso da respiração explosiva, respirar somente com a boca ou então utilizar a técnica de oclusão).

É importante salientar, de acordo com Lepore (2004), algumas adaptações que não são de natureza física: "... a utilização de progressões adequadas ao desenvolvimento, prática freqüente das habilidades, detalhada análise de tarefas, comandos verbais e visuais, repetição das orientações e mudança do objetivo da habilidade".

Alguns fatores são imprescindíveis para a aquisição de habilidades aquáticas como afirma Lepore (2004). Entre eles estão a prontidão do aprendiz para receber a habilidade, a capacidade para entender a meta a ser alcançada, a possibilidade de praticar em um nível desafiador, mas que seja possível de realizar, e a capacidade de receber o feedback.

Certos fatores podem interferir no processo de aprendizagem de algumas habilidades na água. Variações anatômicas e fisiológicas do corpo do indivíduo podem afetar o modo de aprendizagem e a memorização do que a pessoa aprende. Outro aspecto é que o aluno pode não estar pronto, do ponto de vista neurológico, para executar uma habilidade devido à intensidade da lesão cerebral, imaturidade do sistema nervoso central ou atraso no desenvolvimento. Langendorfer e Bruya (1995) citados por Lepore (2004) afirmam que a partir do momento em que se conhece a influência que a deficiência exerce sobre a aprendizagem, o professor pode oferecer progressões de habilidades que são mais apropriadas ao desenvolvimento e, desta forma, o processo de aprendizagem se torna mais fácil.

O professor deve propor atividades divertidas, em vez de exercícios repetitivos, para tornar a atividade mais prazerosa. A utilização de jogos como método de ensino, segundo Adams et alli (1985), sempre traz benefícios. Os

jogos aumentam a capacidade de aprendizagem do aluno em função de uma maior motivação.

Durante os jogos dentro da água há uma diminuição da tensão, uma vez não existe uma obrigação de adquirir habilidades e aperfeiçoar técnicas. Os jogos são uma forma eficaz e divertida para aplicação e melhora de certas habilidades.

Queiroz (2000) fala da importância da prática do que ela chama de natação recreativa, que unindo o professor, o brinquedo e o ambiente se constituem num elemento de mediação do processo de aprendizagem. Para ela, as aulas de natação com caráter lúdico "... estão mais voltadas para orientar e facilitar a capacidade de explorar, de descobrir e hora a vivencia, dando condições a criança de desenvolver a possibilidade de conhecimento e uso do próprio corpo com uma certa autonomia e harmonia".

O aspecto apresentado acima se faz importante uma vez que o presente estudo aborda a natação e a deficiência mental, e como se sabe, o indivíduo portador deste tipo de deficiência possui uma idade mental inferior a sua idade cronológica que corresponde muitas vezes à idade mental de uma criança.

2.4.3 Considerações sobre Locais e Equipamentos

Para que se possa realizar um bom trabalho na natação alguns fatores devem ser levados em consideração como locais e equipamentos. Quando se fala em natação para portadores de deficiência o local e os equipamentos devem ser de fácil acesso e bastante seguros não só para os alunos, mas também para os professores. Sendo assim, é importante que se conheça a Lei Americans with Disability Act (ADA) que fala sobre a acessibilidade dos códigos de saúde estaduais e locais, no que se refere a instalações aquáticas, e também dos equipamentos e suprimentos que tornam mais fácil a participação na aula propiciando experiências na natação com qualidade.

2.4.3.1 Locais

Para cada tipo de deficiência fazem-se necessárias algumas modificações específicas com relação ao local para a prática da natação, ou seja, adaptações no vestiário, no ambiente ao redor da piscina e na piscina propriamente dita.

Lepore (2004) apresenta algumas considerações a respeito do local para a prática da natação para portadores de deficiência.

Um dos fatores limitantes seria o vestiário. Para indivíduos com deficiência visual a iluminação ineficiente, falta de sinalização em Braille em armários, entradas e saídas são fatores que impedem a independência dessas pessoas.

Armários que funcionam por combinação impedem a independência de pessoas que sofrem de artrite.

Bancos cimentados no chão, em frente aos armários, saliências ou bordas na área do chuveiro limitam o acesso dos usuários de cadeiras de rodas.

O local deve propiciar acesso fácil entre o vestiário, o ambiente ao redor da piscina e a água. Alguns exemplos de adaptações que facilitam a transferência do aluno para dentro da piscina são: Rampas molhadas (fazem conexão direta entre o ambiente ao redor da piscina e a água), rampas secas (são construídas fora da água, com um muro de transferência) e degraus graduais com corrimão.

Outro fator de extrema importância para um bom desenvolvimento das aulas com portadores de deficiência é a temperatura da água que deve ser adequada a cada grupo de alunos. No entanto, seria utopia imaginar uma temperatura diferente para cada grupo de alunos que fosse entrar na piscina. Sendo assim, para indivíduos portadores de deficiência a temperatura ideal da água seria entre 30° e 32° C e a temperatura do ar ao redor da piscina deveria ser aproximadamente quatro graus mais alta. “É necessário que a temperatura da água seja confortável ao aluno pois senti-la fria ou excessivamente quente implicaria aspectos fisiológicos e comprometeriam o aspecto psicológico do aluno e, conseqüentemente, o aprendizado”(ARCHER, 1998).

Com relação à profundidade da água, Archer (1998) afirma que a ideal é aquela que proporcione segurança e confiança para o aluno portador de deficiência.

2.4.3.2 Equipamentos

Os equipamentos são muito importantes para o processo de aprendizagem da natação principalmente quando se fala em indivíduos portadores de deficiência.

Mattos (1994) apresenta alguns materiais que devem estar disponíveis para o aprendizado da natação, entre eles: rolos lídice, flutuadores (infláveis e/ou de isopor), bóias de pescoço, bóia tipo camiseta, câmaras de ar, colchões flutuantes, tubos de PVC, esponjas, materiais que afundam, arcos, bolas (de vários tamanhos, pesos e texturas), canudos, cadeira de apoio.

Crawford, (1988) e Heckathorn, (1980) citados por Lepore (2004) justificam a utilização de equipamentos e suprimentos adaptados por seis razões básicas: entrada e saída, segurança, apoio, propulsão, aptidão física e motivação.

Outra questão que é de extrema importância são os equipamentos de segurança. São materiais imprescindíveis para o trabalho com portadores de deficiência principalmente. De acordo com Lepore (2004) fazem parte do equipamento de segurança os seguintes materiais: material para resgate; cobertura para o piso, com o objetivo de deixá-lo menos escorregadio; colchões de espuma de célula fechada (que não absorve água) que são utilizados durante crises convulsivas, entre outros.

O número de professores depende dos objetivos a serem atingidos e as condições oferecidas pelo ambiente. Mattos (1994) afirma que o ideal é que se trabalhe com grupos de 4 a 6 alunos sendo que deve haver um professor fora da piscina e alguns auxiliares dentro da água com os alunos.

A duração de cada aula deve ser de 30 a 45 minutos no máximo para evitar que o aluno se canse e se desmotive (MATTOS, 1994).

Para Mattos (1994) além de conhecimentos técnicos específicos o professor deve ter conhecimentos sobre primeiros socorros.

“Conhecer as limitações do aluno e os perigos aos quais ele está sujeito vai dar segurança ao professor e aos responsáveis pelo programa, bem como ao aluno e sua família. Saber como proceder em casos de crises (convulsivas, asmáticas, térmicas, etc) deve fazer parte da formação específica” (MATTOS, 1994).

A utilização de equipamentos de apoio é importante para indivíduos com dificuldades de movimentação. Flutuadores individuais, “macarrões” de espuma, colete salva-vidas, flutuadores tipo bote e flutuadores para o pescoço são instrumentos bastante úteis no trabalho com indivíduos portadores de deficiência. No entanto estes instrumentos devem ser usados com cautela, pois podem prejudicar a independência do aluno prejudicando sua progressão para a execução de movimentos sem ajuda. Desta forma estes dispositivos só devem ser utilizados com a supervisão do professor (LEPORE, 2004).

Lepore (2004) afirma que para uma propulsão eficiente, muitas vezes será necessária a utilização de alguns equipamentos como, por exemplo, os palmares e os pés de pato que aumentam a área de superfície pressionando-a contra a água, e assim, proporcionando eficiência na propulsão.

Quando os alunos são crianças, o fator motivação deve ser observado, ou seja, as aulas devem estar em conformidade com a idade, os equipamentos devem chamar a atenção do aluno, deve-se usar brinquedos coloridos e estratégias lúdicas para que o processo de aprendizagem aconteça de maneira satisfatória (LEPORE, 2004).

Para atender as necessidades dos diferentes alunos é necessário que se conheça algumas características prevalentes em determinado tipo de deficiência. Entretanto, deve estar claro que nem todas as pessoas com determinada deficiência tem as mesmas dificuldades e necessidades. Mais uma vez é importante salientar a questão da individualidade de cada pessoa e considerar que tanto os portadores de deficiência como os não portadores de deficiências possuem diferenças entre si que devem ser respeitadas.

Desta forma, vamos aprofundar as questões referentes aos indivíduos portadores de deficiências intelectuais. Neste grupo, podemos enquadrar além das pessoas portadoras de retardo mental, que são o foco principal deste estudo, as pessoas portadoras de TCE (traumatismo craneo-encefálico), distúrbios de aprendizagem severos, AVC (acidente vascular cerebral), autismo, entre outras.

Em se tratando das pessoas portadoras de deficiência mental, os problemas de memória e compreensão correspondem à principal deficiência deste grupo.

De maneira geral não existem muitas diferenças entre a metodologia do ensino regular da natação e para alunos com deficiência mental. A confiança é um dos fatores que pode interferir no processo de aprendizagem. O que difere na aprendizagem, geralmente, é o tempo que estes alunos levam para aprender determinado movimento e a quantidade de repetições para cada atividade (VELASCO, 1994). Um detalhe bastante importante é não fazer da aula uma simples repetição de movimentos, pois isto poderá desestimular o aluno.

O quadro a seguir apresenta algumas sugestões que podem auxiliar o ensino da natação para pessoas portadoras de deficiências intelectuais:

- Os comandos táteis (por exemplo, bater no ombro para dar o comando de respiração no momento certo) costumam ser os melhores.
- Use uma prancheta e um pincel atômico para relacionar as tarefas que o participante deve realizar. Deixe a lista perto da beira da piscina e incentive o participante a marcar as tarefas conforme ele vai completando-as.
- Use contadores numerados de voltas para acompanhar as voltas dadas (distância percorrida).
- Use um temporizador (timer) de cozinha para saber quando se deve abandonar uma tarefa ou quanto tempo se deve permanecer nela.
- Utilize perguntas básicas de orientação, como “Qual é o melhor lugar para entrar?”, a cada sessão.
- Faça com que o participante pratique as habilidades na maior quantidade possível de situações.
- Informe diariamente quais são as expectativas para a aula.
- Enfatize e repita as instruções de segurança.
- Nunca menospreze as questões de segurança.

Fonte: Monica Lepore in Winnick, 2004

3 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho foi realizado um estudo de caso com o aspecto de uma pesquisa participante. Conjuntamente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para fundamentação. As bibliotecas utilizadas para pesquisa foram: Biblioteca do Departamento de Educação Física da UFPR, Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, Biblioteca das Faculdades Dom Bosco, Biblioteca da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional, Biblioteca Pública do Paraná e biblioteca particular.

Os dados foram coletados através de filmagem das aulas de natação adaptada (ANEXO 01-12), observações registradas por relatório, questionário investigativo com os pais da aluna procurando identificar a causa do trauma do meio líquido e um levantamento, juntamente com a professora, das reações causadas pela participação da aluna nas aulas.

A pesquisa foi realizada no Centro de Educação Física e Desportos (CED) da Universidade Federal do Paraná, situado no Campus do Centro Politécnico no bairro Jardim das Américas, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, que tem como função, além de coordenar campeonatos desportivos externos, incentivar o hábito da comunidade, universitária ou externa, para a prática regular de atividades físicas, recreativas e de lazer, proporcionando-lhes melhores condições de bem-estar social. É no CED que acontecem vários Projetos de Extensão Universitária e um deles é o de Natação Adaptada para Deficientes Mentais.

As aulas de natação do projeto em questão acontecem nas terças-feiras pela manhã e pela tarde e na quinta-feira de manhã. A aluna observada participa da turma de terça-feira de manhã. A aula tem duração de 45 minutos e acontece das 09:30 as 10:15 hrs.

Durante a pesquisa procurou-se observar a participação da aluna nas aulas de natação, suas reações, seu comportamento, seu relacionamento com os colegas.

O período de abrangência deste estudo foi de aproximadamente quatro meses. Os dados foram coletados no período de 16 de março a 14 de setembro de 2004.

Neste trabalho não houve uma preocupação em apresentar as atividades desenvolvidas com os alunos deste projeto pois não foi seu objetivo apresentar atividades que pudessem ser desenvolvidas com alunos portadores de deficiência mental e sim analisar a influência da natação para uma aluna portadora de deficiência mental com trauma do meio líquido.

A aluna analisada tem 25 anos de idade e estuda na Escola de Educação Especial Menino Jesus, assim como todos os outros alunos participantes do projeto. O estudo de caso teve como ponto principal a análise da influência da natação para esta aluna com deficiência mental e trauma do meio líquido, avaliar questões como a auto-estima e autoconfiança e a superação do medo do ambiente aquático.

Para preservar a identidade da aluna e de sua família apresentaremos apenas as iniciais dos nomes de todos os envolvidos.

A aluna em questão é a **P.M.V.D**, a terceira filha num total de três irmãs. A mãe teve uma gravidez bastante conturbada pois era agredida pelo marido. No momento do parto, de acordo com os médicos, ela não queria nascer, pois se sentia protegida dentro da barriga da mãe e não queria enfrentar a realidade fora dela. Sua deficiência se manifestou após o nascimento na forma de um bloqueio emocional que teve como consequência o retardo mental (ANEXO 13).

A **P.M.V.D** é uma garota bastante insegura e dependente. Não possui nenhum comprometimento motor significativo, sabe ler e escrever; Na parte da manhã ela frequenta a Escola de Educação Especial Menino Jesus e no período da tarde ela vai para a Escola Forrest Gump, onde participa de aproximadamente 12 oficinas diferentes, além das disciplinas convencionais como português e matemática. Nesta escola ela é bastante cobrada quanto ao rendimento, são feitas avaliações regularmente e ela se apresenta entre os melhores alunos da turma.

No momento a **P.M.V.D** vive com a mãe e a irmã do meio. Os pais são separados e a mãe é professora.

O trauma com relação ao meio líquido é decorrente de uma brincadeira feita pelo pai. Num dia de passeio em família, as duas filhas mais velhas estavam na piscina e a **P.M.V.D** estava do lado de fora com a mãe. Como as duas filhas nadavam o pai achava que a **P.M.V.D** também deveria nadar, e

então a pegou nos braços, de surpresa, e pulou com ela dentro da piscina. Ela não chegou a se afogar, mas em função do susto nunca mais se aproximou de uma piscina ou da praia e passou a ter problemas até na hora do banho (ANEXO 13).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos resultados foi possível observar que houve uma grande evolução da aluna com relação as suas reações no ambiente aquático.

Partimos de uma informação dada pela mãe, na qual numa primeira tentativa de vencer esse medo, as reações da aluna não foram nada satisfatórias. Apesar de todos os esforços do professor da escola de natação, não houve nenhum progresso pois ele não conseguiu nem fazer com que ela chegasse perto da piscina.

Após uma análise dos fatos posso acreditar que o insucesso desta primeira tentativa tenha acontecido em virtude de que o instrutor de natação era do sexo masculino fazendo com ela se lembrasse da situação que a deixou com medo da água uma vez que, como já foi apresentado, o próprio pai foi o causador deste trauma. Uma outra questão pode ter sido o fato de ela ser a única aluna com deficiência mental no grupo atendido pelo instrutor o que talvez a fizesse se sentir fora do seu ambiente natural.

Um fato que é importante salientar e que também considero como um grande avanço foi o contato dela com o estagiário do projeto em uma das aulas. Ela não se mostrou nenhum pouco constrangida ou incomodada com a presença dele dentro da piscina e aceitou sem qualquer problema a ajuda oferecida por ele. Neste dia não pude acompanhá-la dentro da piscina pois precisava registrar através da filmagem algumas de suas reações.

A evolução do trabalho com aluna teve a seguinte seqüência: na primeira aula da aluna eram bastante claros o medo e a tensão. Neste dia, o único progresso foi o fato de ela ter se aproximado um pouco da piscina e no final da aula colocou a ponta do pé dentro da piscina (ANEXO 01).

Na seqüência fomos observando que aos poucos ela ia se sentindo mais à vontade naquele ambiente. Já a partir da segunda aula ela passou a se sentar na borda da piscina e colocar a ponta dos pés dentro da água (ANEXO 02). No entanto, o medo, a desconfiança e a insegurança estavam bastante presentes.

Aos poucos, o fato de os colegas ou qualquer pessoa se aproximar dela no momento em que ela estava com os pés na água, deixou de incomodá-la.

Apesar dos progressos alcançados, não conseguíamos nenhum avanço mais significativo. Surgiu então, a idéia de levá-la numa piscina infantil para ver se o medo dela era simplesmente da água ou se o volume de água da piscina onde o projeto acontecia a assustava. Após autorização da mãe, levamos a **P.M.V.D** para a Escola de Natação Ativa, situada na Avenida das Torres.

Para surpresa de todos, ela ficou encantada com aquela piscina tão pequena e com água tão quente e agradável. Não houve necessidade de insistir para que ela entrasse na piscina; por iniciativa própria ela entrou. Era possível ver a felicidade estampada em seu rosto por essa conquista. No início ela ficou agachada por um bom tempo, mas aos poucos ela foi se descontraindo e conseguimos fazer com que ela além de sentar na piscina, molhasse o rosto (ANEXO 08).

No entanto, ao voltar para a piscina onde acontecia o projeto as coisas voltaram ao mesmo lugar de antes, ou seja, ela continuava passando as aulas sentada na borda da piscina. No entanto, alguns avanços foram observados: ela passou a ter um pouco mais de iniciativa, pedia para que a ajudássemos, que queria muito tentar novamente, mas até o fim deste trabalho não se conseguiu fazê-la entrar na piscina grande. O que aconteceu foi que o interesse dela pelas aulas aumentou bastante e ela sempre perguntava quando ela voltaria a ter aulas na piscina infantil porque lá ela não tinha medo (ANEXO 10).

Um dos grandes problemas encontrados para o avanço deste trabalho foi a questão estrutural. Quando se fala em natação adaptada, além das adaptações pedagógicas às vezes se fazem necessárias algumas adaptações de ordem estrutural.

Dentre as dificuldades encontradas, a mais relevante foi com relação às piscinas. Apesar das três piscinas existentes no CED, começamos nosso trabalho apenas com a piscina grande em funcionamento (medidas: 12,0 X 24,9m por 1,65m de profundidade). As outras duas piscinas existentes são menores em volume de água, mas tem aproximadamente a mesma profundidade da piscina semi-olímpica. No início não havia nem escada para que os alunos pudessem entrar e sair da piscina com mais segurança.

Outro fator era a temperatura da água que mesmo no inverno ficava em torno dos 26° C quando o ideal seria em torno de 30° e 32° C. Os alunos

entravam na água e não conseguiam se descontraírem, ficavam tensos. E se para os outros alunos a água fria já era um empecilho, para a **P.M.V.D** isso se tornava ainda pior.

As coisas melhoraram um pouco quando uma das piscinas pequenas foi ativada. Em função do volume de água ser menor, ela ficava a uma temperatura bem mais agradável e lá sim era possível fazer um trabalho melhor com todos os alunos.

Para que se pudesse ter um avanço maior com a **P.M.V.D**, seria necessária em primeiro lugar, uma piscina infantil, para que ela vencesse completamente o medo e daí então passarmos para uma piscina maior. Na piscina semi-olímpica precisaria ter plataformas que diminuíssem a profundidade gradativamente ou uma rampa com corrimão, na qual a aluna pudesse se apoiar e ir caminhando para uma região mais profunda na piscina.

Estávamos usando a escada da piscina que ainda não estava fixada, correndo o risco dela escorregar e perdermos tudo que já havíamos conquistado até o momento. Fizemos uso de cadeiras e caixotes de plástico na tentativa de diminuir a profundidade e assim facilitar as coisas para a aluna. Sabíamos do risco, mas não tínhamos outras alternativas. No entanto, a uma certa altura decidimos não arriscar mais, pois qualquer problema que acontecesse poderia fazer com que a **P.M.V.D** nunca mais entrasse na água; resolvemos nos contentar a princípio com o fato dela ter entrado na piscina infantil.

Alguns fatores foram de extrema importância para os progressos alcançados durante as aulas de natação do projeto e dentre eles podemos destacar: a presença dos colegas que estudam com ela e que também possuem uma deficiência mental, fazendo com que ela se sentisse mais a vontade e segura; a presença e incentivo do namorado dela, o Maurício, que é campeão de natação, pois ela tem vontade de acompanhá-lo e participar com ele das competições; a facilidade de comunicação e a confiança depositada pela aluna em todas as pessoas envolvidas nas aulas, ou seja, professores e estagiários.

Alguns pontos presentes no projeto de natação estão em conformidade com o que foi apresentado na literatura. Entre eles podemos destacar o tempo de duração das aulas que de acordo com a literatura deve ser entre 30 e 45

minutos e a relação entre o número de alunos e o número de professores e auxiliares que devem estar presentes neste tipo de atividade. A literatura apresenta como ideal grupos de 4 a 6 alunos com um professor fora da piscina e alguns auxiliares dentro da água com os alunos e, no projeto, apesar de ter 10 alunos inscritos por turma, somente uns 6 ou 7 alunos estavam sempre presentes nas aulas sendo que havia a professora fora da piscina e de 1 a 3 auxiliares dentro da água com os alunos.

Houve uma melhora muito grande na auto-estima e na autoconfiança da aluna. Pudemos observar um avanço no seu desenvolvimento global e apesar de não conseguirmos fazer com que ela perdesse completamente o medo da água sua relação com o meio líquido melhorou bastante. Podemos destacar a iniciativa própria de contato com a água, o desejo de participar das aulas refletindo que apesar do medo que ainda sente a aula é um momento esperado e prazeroso. Outra questão importante é que a mãe dela tinha que lavar seus na pia do banheiro porque ela tinha medo de entrar embaixo da água e hoje ela já toma banho no chuveiro sem qualquer problema.

Ela está muito feliz por tudo que já conseguiu, sabe que é capaz de avançar mais e deseja que isso aconteça. E esse talvez seja um dos grandes pontos a ser considerados, uma vez que através deste trabalho realizado ela pôde descobrir suas potencialidades e acreditar nelas.

5 CONCLUSÃO

Após análise e discussão dos dados coletados foi possível responder a pergunta norteadora deste trabalho que procurou saber qual a influência que a natação pode trazer ao desenvolvimento e ao comportamento de um indivíduo portador de deficiência mental com trauma do meio líquido. Para contemplar esta questão foram apresentados alguns itens indispensáveis para o desenvolvimento deste trabalho.

Considerando que para se trabalhar com indivíduos portadores de deficiência e atender as suas principais necessidades é necessário que se conheça as características dessas pessoas, buscou-se na revisão de literatura apresentar um conceito de deficiência de uma maneira geral, como o deficiente foi visto pela sociedade ao longo dos tempos, uma classificação dos diversos tipos de deficiência. Em seguida, falou-se sobre a deficiência mental especificamente com suas classificações, características e etiologia. Na sequência foram abordados alguns aspectos psicológicos envolvendo o medo e a prática da natação, os benefícios das atividades aquáticas adaptadas, algumas adaptações das habilidades de natação, e algumas considerações sobre a questão estrutural, ou seja, local e equipamentos necessários ao desenvolvimento de um trabalho de natação para pessoas portadoras de deficiência.

Foi possível observar que os objetivos propostos no início do trabalho foram atingidos, ou seja, a aluna apresentou uma melhora significativa na auto-estima e autoconfiança; houve uma evolução bastante grande no que diz respeito a superação das barreiras quanto ao meio líquido onde se começou o trabalho com uma aluna que tinha tanto medo de água que coisas simples do dia-a-dia como tomar banho embaixo do chuveiro eram impossíveis. Tomar banho somente era possível numa bacia e lavar os cabelos só na pia do banheiro e quem fazia isso era a mãe da aluna. Entrar em contato com uma piscina era motivo de muito choro, grito, tensão e ansiedade.

Após alguns meses de um trabalho que se baseou no respeito e na confiança entre professor, aluna e colegas chegou-se à situação de a aluna

entrar numa piscina infantil, sentir-se bem e desejar que este momento se repetisse.

Em casa, a simples tarefa de tomar banho no chuveiro, que era algo extremamente desagradável, transformou-se num momento de descontração e alegria tanto para a aluna quanto para a sua família.

O problema com a questão estrutural, apesar de ter limitado muito a evolução deste caso, não impediu que houvesse avanços significativos na superação das barreiras com relação ao meio líquido. No entanto, se o local onde aconteciam as aulas fosse adaptado, seria possível atingir níveis superiores de aprendizagem.

Considerando que até o momento de conclusão deste trabalho não houve avanços com relação à prática da natação propriamente dita e que de acordo com a literatura a primeira etapa no ensino da natação é a superação do medo e da ansiedade podemos afirmar que o primeiro passo foi praticamente alcançado.

Ainda é possível avançar mais neste trabalho passando por outras etapas como entrar numa piscina para adultos, aprender movimentos básicos de alguns estilos de natação e quem sabe até um aprimoramento dos nados. Entretanto, esta é uma tarefa bastante demorada e que requer paciência e dedicação tanto por parte da aluna quanto da professora.

Sendo assim, é fato que indivíduos portadores de deficiência quando respeitados, estimulados e incentivados podem desenvolver as mais diversas habilidades e que deficiência não é sinônimo de incapacidade. Vale a pena lembrar que todos nós somos seres únicos com direito ao respeito e a dignidade e que temos nossas limitações, quer sejamos portadores de alguma deficiência ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

ARCHER, R. B. **Natação Adaptada: Metodologia de ensino dos estilos Crawl e Peito com fundamentação psicomotora para alunos Síndrome de Down**. São Paulo: Ícone, 1998.

BURKHARDT, R; ESCOBAR, M. O. **Natação para portadores de deficiências**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1985.

CATTEAU, R; GAROFF. G. **O ensino da Natação**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1990.

CIDADE, R. E. A; FREITAS, P. S. **Introdução a Educação Física e ao Desporto para pessoas portadoras de deficiência**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

-----**Noções sobre Educação Física e desportos para portadores de deficiências: uma abordagem para professores de 1º e 2º graus**. Uberlândia: Gráfica Breda, 1997.

DAMASCENO, L. G. **Natação, psicomotricidade e desenvolvimento**. Brasília (DF): Secretaria dos Desportos da Presidência da República, 1992.

GESELL, A; AMATRUDA, C. **Diagnóstico do Desenvolvimento: Avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico do lactente e na criança pequena – o normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

GLASER, N. Z. R. R. **Natação para deficientes mentais treináveis**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1983.

ILG, F. L. **Psicologia aplicada à educação e orientação infantil**. São Paulo: Ibrasa, 1978.

JERSILD, A. T. **Psicologia da Criança**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1971.

KRYNSKI, S. e colaboradores. **Deficiência Mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1969.

LEWIS, M. e VOLKMAR, F. **Aspectos Clínicos do Desenvolvimento na Infância e Adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Trad. Gabriela Giacomet.

MANTOAN, Maria Teresa Egler. **A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema**. São Paulo: Memnon: Editora SENAC, 1997.

MOURA, Enio. **Biologia Educacional: noções de biologia aplicadas à educação**. São Paulo: Moderna, 1993.

ROSADAS, S. C. **Educação Física e prática pedagógica: Portadores de Deficiência Mental**. Vitória: UFES, Centro de Educação Física e Desportos, 1994.

----- **Atividade física adaptada e jogos esportivos para o deficiente. Eu posso. Vocês duvidam?** São Paulo: Atheneu, 1989.

SOLER, R. **Brincando e Aprendendo na Educação Física Especial: planos de aula**. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.

Lazer, atividades físicas e esportivas para portadores de deficiência. Brasília: SESI-DN: Ministério do Esporte e Turismo, 2001.

Olimpíadas Especiais: programa de Destrezas Esportivas: Natação. Brasília: Secretaria dos Desportos da Presidência da República, 1992.

ANEXOS

Os anexos abaixo de 01 a 12 referem-se ao período de aulas analisadas para a fundamentação deste trabalho. Estes anexos estão na forma de relatórios, descrevendo detalhadamente o que aconteceu durante as aulas. O anexo 13 corresponde à entrevista feita com a mãe da aluna observada para avaliar a evolução do caso.

Anexo 01:

O primeiro dia de aula e início da pesquisa de campo se deu no dia 16 de março de 2004. A filmagem começou a ser feita a partir da chegada do ônibus ao local das aulas. Neste dia apenas quatro alunos compareceram e a aluna que é motivo de estudo deste trabalho era um deles.

Já neste dia foi possível observar o medo e a desconfiança no olhar da aluna no momento em que ela desceu do ônibus. Ao entrar no local da piscina ela se aproximou vagarosamente com bastante receio.

A primeira tarefa passada pela professora foi sentar na borda da piscina, colocar os pés dentro da água para sentir a temperatura. Então, a professora chamou a **P.M.V.D** para se sentar com ela na beira da piscina e tentou segurar na sua mão; ela se recusou a pegar na mão da professora, recuou se afastando da borda afirmando que estava com muito medo.

A professora disse que não iria forçá-la a nada, que ela podia confiar pois ela apenas daria a mão e não iria soltá-la. Sugeriu que a **P.M.V.D** apenas se sentasse na beira da piscina e o namorado dela, Maurício, com Síndrome de Down ficou ao seu lado incentivando. Vendo que ela não sentaria na borda a professora colocou uma cadeira para que ela se sentasse e pudesse ficar mais perto da borda e dos colegas. Dos quatro alunos presentes nesse dia apenas um deles sabia nadar, o Maurício; as outras três alunas nunca tinham tido contato com uma piscina. O Maurício foi o primeiro a entrar e as outras duas alunas entraram em seguida, sem qualquer problema. Enquanto isso, a Paloma continuou sentada na cadeira do lado de fora da piscina, toda encolhida como se fosse um animalzinho acuado.

Somente nos últimos instantes da aula a professora conseguiu fazer com que ela colocasse a ponta dos pés em contato com a água.

Anexo 02:

Neste dia, 23 de março de 2004, com uma certa dificuldade, a professora convenceu a **P.M.V.D** a se sentar na borda da piscina. Ela colocou a ponta dos pés em contato com a água, sempre sentada a uma distância bastante grande da borda, ou seja, deixava o tronco o mais afastado possível da borda da piscina.

Ao menor sinal de aproximação de alguém, fosse a professora ou qualquer um dos colegas, ela imediatamente retirava os pés da água, se afastava da borda da piscina e se encolhia toda.

Novamente colocou os pés na água, mas quando a professora pediu a ela que se sentasse um pouco mais à frente e ficasse batendo as pernas na água afastou-se novamente e se encolheu.

Esta cena de colocar os pés na água, retirar quando alguém se aproximava, afastar-se da borda e se encolher toda se repetiu por várias vezes.

A professora mais uma vez se aproximou dela, pediu que colocasse os pés na água e os movimentasse. A aluna atendeu ao pedido, bateu os pés umas cinco vezes e novamente retirou os pés e se afastou como nas outras vezes.

A professora a parabenizou pela evolução com relação a aula anterior, pelo fato dela ter chegado na aula e já colocado os pés dentro da piscina. Neste momento, a Paloma olhou para a professora e disse que não queria entrar na piscina.

Então, ela e a professora fizeram um acordo: ela iria sentar mais próximo da borda da piscina e ficar com os pés lá dentro até o fim da aula; ela concordou, mas quando a professora se levantou e ela se sentiu ameaçada retirou os pés da água. Em seguida, por iniciativa própria ela colocou novamente os pés na água.

Para evitar que ela ficasse com frio a professora colocou um casaco nas suas costas e quando tocou com as mãos nas costas dela ela se afastou rapidamente, com medo que a professora a empurrasse.

Toda vez que um dos colegas se aproximava ou que a professora passava por trás dela ela retirava os pés da água e ficava olhando com desconfiança.

Várias vezes a professora tentou fazer com que ela pegasse água com as próprias mãos e molhasse o rosto, mas ela só fez isso quando a professora pegou água em suas mãos, passou para a dela e assim ela passou a mão molhada no rosto.

Até o fato de os colegas espirrarem água nela, mesmo sem querer, a incomodava. Ela realmente se sentia incomodada com o contato com a água.

Anexo 03:

Dia 13 de abril de 2004, a terceira aula. Nesta aula já foi possível observar alguns progressos pois ela se sentou na borda da piscina, colocou os pés até o tornozelo dentro da água, colocou as mãos dentro da piscina, passou um pouco de água no rosto e jogou água na pernas.

Novamente ela fez um acordo com a professora: que entraria na piscina na próxima aula. Neste momento ela demonstrou um pouco mais de descontração, já que nas outras duas aulas ela sempre estava bastante tensa.

Num segundo momento da aula, ela pegou uma pranchinha que estava do seu lado e a movimentou na água; mas sempre que se sentia ameaçada ela se afastava da água.

A professora tentou fazer com que ela participasse da aula jogando bolinhas de pingue-pongue o mais longe possível para que os colegas fossem buscá-las. Ela aceitou participar desde que ficasse em pé para lançar a bolinha.

A certa altura da aula, a **P.M.V.D** se dirigiu a mim perguntando o que estava sendo filmado. Após a explicação, ela pediu desculpas por não ter entrado na água e atrapalhado a pesquisa e disse que não entrou porque tem “um pouco de medo”.

No final da aula, no momento do alongamento eu me ofereci para ajudá-la e ela prontamente aceitou.

Durante uma conversa entre a professora e eu a aluna interrompeu para dizer que confiava em nós duas e perguntou se podia tentar entrar na piscina na próxima aula.

Eu e a professora procuramos deixar bem claro que ninguém iria obrigá-la a entrar na piscina e que ela só entraria no momento em que se sentisse a vontade para fazê-lo.

Anexo 04:

Quarta aula, dia 21 de abril de 2004. Esta aula começou como as anteriores. No entanto, houve uma novidade: a partir desta aula, quando seus colegas se aproximavam ela não se afastava mais da piscina. Era possível perceber um pouco mais de segurança nas suas reações mas o medo ainda era bastante presente.

Mais uma vez ela se sentou na borda da piscina e a medida que a professora ia dizendo o nome de algumas partes do corpo ela pegava água e jogava nas regiões apontadas pela professora. E assim ela ficou até o final da aula.

Anexo 05:

Quinta aula, dia 27 de abril de 2004. Neste dia a aluna estava menstruada e não pôde entrar na piscina, ficando do lado de fora aguardando o término da aula.

Por várias vezes ela pediu desculpas pois havia combinado com a professora e a pesquisadora que entraria na água com elas.

Passada aproximadamente meia hora de aula, a aluna se dirigiu a mim para perguntar se poderia, pelo menos, colocar os pés na água. Após a autorização, ela retirou o tênis, as meias, arregaçou as calças e colocou os pés na água (iniciativa própria) e só saiu dali quando a aula acabou e os colegas saíram da piscina. Um ar de felicidade e satisfação era facilmente observável na aluna.

No final, disse para mim e para a professora que não era para nós nos esquecermos dos maiôs para entrar com ela na próxima aula.

A aluna demonstrou bastante interesse e entusiasmo para a aula seguinte.

Anexo 06:

Dia 04 de maio de 2004, sexta aula. Começou com um aquecimento fora da piscina e aproveitei este momento para ter um contato mais próximo com ela; para fazer o alongamento deixei que ela se apoiasse em mim para que sentisse confiança. Eu e a professora entramos na água neste dia. Arriscamos: colocamos uma cadeira de plástico dentro da piscina e quando sugerimos que ela ficasse em pé na cadeira ela se afastou, mas em seguida colocou os pés dentro da água. Passamos a aula inteira tentando convence-la a entrar. Ela queria entrar, queria que filmasse para mostrar para a mãe que conseguia e lhe dar de presente no dia das mães. Demonstramos tudo que pretendíamos fazer com ela, exatamente como seria. Chamamos o namorado (Maurício) para ajudar a incentivá-la; formamos uma barreira com nossos corpos: eu, a professora, o Mauricio e o Rodrigo(um outro aluno com Síndrome de Down) ao redor da cadeira. Durante esse tempo o namorado ficou incentivando-a e disse que se ela entrasse ele se casaria com ela. Deixamos claro que ninguém iria puxa-la. Ela demonstrou interesse perguntando como ela faria para subir na cadeira.

Neste dia a intenção era que ela entrasse, mesmo que fosse em cima da cadeira apoiando os dois pés no assento e voltasse para a borda, mas infelizmente não conseguimos. Sentei na borda, desci e fiquei em pé em cima da cadeira e depois fiquei de pé com os pés no fundo da piscina para demonstrar a profundidade mas isso não a convenceu.

Sugerimos que ela abraçasse a professora e entrasse assim na água mas também não funcionou (fizemos demonstração de como seria). E assim a aula terminou e não tivemos nenhum progresso (piscina grande).

Anexo 07:

Dia 22 de junho de 2004, sétima aula.

A aula aconteceu numa piscina menor e mais quente. A **P.M.V.D** estava sentada na borda com roupão, professora chegou por trás dela e isso não a assustou mais. A professora mostrou um colete salva-vidas para ela, entregou para um dos colegas para que ele o colocasse e mostrasse a ela que não afundava. A professora sugeriu que ela colocasse o colete, trouxe a escada e pediu aos colegas a segurassem. Ela relutou um pouco mas decidiu colocar o colete. A professora ameaçou tirar a escada mas Paloma não deixou. Ela se levantou e sentou na borda da piscina na direção da escada ainda com o colete. A professora tentou convence-la a sentar no primeiro degrau da escada; então ela sentou bem na borda da piscina e os colegas queriam ajudá-la e ficaram incentivando. Entretanto, a escada não é fixa e foi possível perceber que ela não sentiu segurança pelo fato da escada se movimentar demais. Aos poucos ela foi se aproximando cada vez mais da borda, mas a aula terminou e ela mais uma vez não conseguiu entrar.

Os colegas ficam dizendo para ela entrar, que não precisa ter medo, que é gostoso, que não tem perigo.

A professora vestiu o colete e mostrou a ela que não é possível afundá-lo tentando colocá-lo embaixo d'água demonstrando que não conseguia pois o mesmo flutuava. A professora foi até ela e disse que iria pegá-la no colo mas ela se recusou.

Anexo 08:

Dia 02 de julho de 2004. Este foi um dia bastante especial pois levamos a **P.M.V.D** para uma escola de natação que tinha uma piscina infantil. Ficamos até surpresos com o desprendimento dela quando viu a piscina infantil. Mostramos a piscina e ela foi para o vestiário trocar de roupa. Na volta, enquanto eu entrava na piscina, ela entrou sozinha e ficou de pé e com as mãos fez sinal de vibração. Ela se segurou na escada e ficou agachada.

O próximo passo seria ficar de joelhos, mas isso levou um pouco mais de tempo. Era possível ver o brilho em seus olhos e a sua alegria; sem dúvida este foi um dia muito importante. Ela dizia: "Ai meu Deus do céu, que água

quentinha”. Eu pedia para ela ajoelhar um pouco mas ela dizia que já estava bom daquele jeito. Pedi para que ela se deslocasse um pouco e ela se levantou. Com um canudo, pedi que ela assoprasse para fazer bolinhas na água e ela até que fazia mas mantinha o rosto o mais longe possível da água. Ela continuou agachada e inclinou o corpo para que tocasse a água mas deixou o rosto longe. Sugeri que ela assoprasse o canudo junto comigo para ver quem fazia mais bolinhas (com o objetivo de fazê-la molhar o rosto, sem força-la). Tentei convencê-la a sentar e não conseguindo disse pra ela sentar no meu colo. A princípio ela só encostou no meu colo e continuou segurando na escada. Ela pegou água e passou no rosto e de repente soltou as mãos da escada e ficou movimentando-as; pegou o canudo de novo e sem segurar na escada assoprou para ver as bolinhas. Aos poucos foi ganhando confiança e abaixando mais. Mas em seguida ela se levantou e pediu para sentar no meu colo novamente.

De repente, segurando na escada, ela sentou no chão e repetiu isso várias vezes e comemorou (essa foi uma grande conquista). Em seguida ela sentou sem segurar na escada e esticou as pernas um pouco mais. E várias vezes ela dizia “Que gostosa essa piscina de criancinha, a água é bem quentinha”. Ela até deixou que a professora molhasse sua cabeça com a água que estava dentro do canudo.

No fim da aula ela encostou o queixo, a boca e o nariz na água (uma etapa já foi vencida). No final a professora perguntou se ela estava feliz e a mesma disse que sim porque tinha entrado na piscina.

Anexo 09:

Dia 27 de julho de 2004; a primeira aula depois da experiência na piscina infantil.

A aula começou da mesma maneira que as outras. A **P.M.V.D** sentada na borda com os pés dentro d’água. Ela pediu para colocar a cadeira porque ela queria tentar. Chamamos os colegas para ajudar a segurar a cadeira e eles sempre incentivando. Ela ia se aproximando cada vez mais de colocar os pés na cadeira mas acabava recuando.

É importante ressaltar que nesta aula a pessoa que ficou com ela na piscina foi um homem (um dos estagiários do projeto) e isso não a incomodou. A figura masculina não parece ser mais um problema para ela. Ela encostava a ponta de um pé na cadeira depois o outro mas nunca os dois juntos. Ela até pediu que colocasse mais uma cadeira, mas isso era inviável. Então expliquei a ela que duas cadeiras poderiam escorregar e uma cadeira sozinha não havia perigo algum. E desta forma ela foi até o fim da aula.

Anexo 10:

Dia 03 de agosto de 2004.

A aluna ficou na borda de piscina e pediu para colocar a cadeira dentro da água para que ela tentasse entrar, mas não foi possível pois estávamos fazendo avaliação com os outros alunos. Ela me perguntou quando voltaria na piscina infantil pois tinha gostado muito.

Anexo 11:

Dia 10 de agosto de 2004.

A aluna não entrou na piscina por motivos de saúde (a pedido da mãe). No entanto, insistiu com a professora para pelo menos ir à natação. Perguntou-me quando ela iria   piscina infantil novamente, pois lá ela não tinha medo. Pediu que eu ligasse para sua mãe para conversar sobre a possibilidade de fazer aula de natação numa piscina infantil.

Anexo 12:

Dia 24 de agosto de 2004.

A **P.M.V.D** pediu para colocar a escada pois queria tentar entrar na piscina. No entanto, o medo ainda consegue vencer a sua vontade de supera o. De acordo com as palavras da própria aluna: "Eu sou muito medrosa para algumas coisas; eu não consigo, estou com medo".

Observou-se que em todas as aulas os outros alunos incentivam e tentam passar confiança para a **P.M.V.D**. E se em algum momento, pedíamos

para que um deles ajudasse a **P.M.V.D**, logo estavam todos ao redor para ajudar, esquecendo-se das suas atividades.

Neste dia, numa conversa informal com a mãe da **P.M.V.D** ao telefone, ela afirmou que a filha não queria faltar à aula de natação, fica esperando ansiosamente o dia da aula e por duas vezes disse que quase tinha conseguido entrar na piscina (na verdade, ela esboçou tentativas de entrar na piscina, na primeira vez com a cadeira dentro da piscina e na segunda vez com a escada).

Surgiu a possibilidade de (talvez) fazermos aula numa escola com piscina infantil paralelamente ao projeto para observarmos o que acontece no comportamento da aluna e para vermos se há evolução no processo de aprendizagem.

ANEXO 13:

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Nome da aluna: P. M. V. D.
2. Data de Nascimento: 22/09/79
3. Nome dos Pais: V. M. V. D(mãe) e N. O. D(pai).
4. A deficiência da aluna é de origem congênita ou se manifestou após o nascimento?
5. Existe um diagnóstico médico para a deficiência da aluna? Qual?
6. Existem outros casos de deficiência na família? Quantos e quais?
7. Quantos irmãos? Algum com deficiência? Qual?
8. Existe um motivo que justifique o medo de água observado na aluna? Qual? Como tudo aconteceu?
9. Ela apresenta outros medos? Quais?
10. Quais as características da personalidade dela?
11. Já houve alguma experiência anterior no sentido de tentar transpor este obstáculo com relação ao meio líquido? Como foi esta experiência? Se positiva ou negativa apresentar as possíveis causas.
12. Na família outras pessoas possuem medo do ambiente aquático? Porque?
13. O que motivou a família a inserir a aluna no Projeto?

13. O que motivou a família a inserir a aluna no Projeto?
14. O que motiva a aluna?
15. Desde o início do trabalho houve alguma mudança no comportamento da aluna?
16. Você acredita que a prática da atividade aquática possa ajudá-la de alguma forma? Como?
17. O que a aluna afirma com relação ao medo da água? Ela tem consciência do motivo deste medo?
18. O que ela diz sobre as aulas que participa?
19. Que influência você acredita ter o ambiente da natação (no sentido de ter outros DM praticando) no desenvolver do processo?
20. Quais os benefícios que este trabalho pode proporcionar a ela?
21. O que, na sua opinião, justifica a evolu o que houve neste processo de aprendizagem (mesmo que pequena)?
22. Considera es finais

ENTREVISTA

De acordo com os dados coletados na entrevista realizada com a mãe da aluna, sua deficiência se manifestou após o nascimento.

Com relação ao diagnóstico para o retardo mental da aluna os médicos afirmam que a deficiência dela ocorreu em função de um bloqueio emocional, pois neurologicamente ela não tem nada; esse bloqueio ocorreu ao nascer. Eles afirmam que a partir do momento que der o que os médicos chamam de um “click” na aluna em questão o problema dela estará solucionado, ou seja, ela passará a ter um desenvolvimento completamente normal: *“A partir do momento que der o click na **P.M.V.D** ela será uma pessoa totalmente normal. Nós já estamos esperando isso há 25 anos”*.

De acordo com os médicos, como a mãe era agredida pelo pai, a criança não queria ver a realidade fora da barriga da mãe porque lá dentro ela estava protegida e desta forma ela não queria nascer. Isso ocasionou o bloqueio emocional e conseqüentemente o retardo mental.

Durante um período de aproximadamente 14 anos a aluna recebeu tratamento psicológico além de tratamento fonoaudiológico e até foi atendida por um parapsicólogo. Este parapsicólogo fez um trabalho maravilhoso com ela e inclusive pensou em fazer uma regressão para ver se conseguia reverter o quadro instalado. Após um estudo sobre o caso juntamente com um médico de Santa Catarina eles chegaram a conclusão que não deveriam arriscar por dois motivos: o primeiro é que o retardo mental apresentado por ela pode ser considerado leve e o segundo fator é que, no caso dela, poderia acontecer tanto o desbloqueio esperado quanto um bloqueio ainda maior e com conseqüências bastante desagradáveis. Sendo assim, como o nível de desenvolvimento dela não era tão ruim eles preferiram não arriscar.

Na família existe mais um caso de deficiência mental; um primo da **P.M.V.D**, por parte de pai, com Síndrome de Down.

A aluna possui duas irmãs, uma já falecida, mas nenhuma delas com qualquer tipo de comprometimento.

Segundo a mãe, existe uma razão para o medo de água apresentado pela **P.M.V.D**. A família era sócia de um clube na cidade de Curitiba e certo dia

eles resolveram passar o dia neste clube. Sempre que a família ia para o clube, a **P.M.V.D** ficava com a mãe na borda da piscina tomando sol. Ela sentava na escadinha da piscina, pegava a água e ficava molhando as pernas e o rosto. Como as duas irmãs da **P.M.V.D** nadavam, o pai não admitia que uma das filhas não entrasse na água e resolveu, por brincadeira, pegá-la no colo e pular dentro da piscina. Ela não chegou a se afogar mas chorou muito e por causa do susto, a partir daquele momento ela nunca mais entrou nas proximidades da piscina.

O mesmo medo que ela tinha daquele ambiente das piscinas foi observado depois com o mar. Certa vez, quando ela era ainda pequena foram à praia e ela ficou desesperada. Ela perguntava para a mãe: Onde que acaba mãe? Como ela não via o fim do mar isso a apavorava. Deste momento em diante eles nunca mais foram à praia com a **P.M.V.D**, pois já na descida da serra ela gritava que seus ouvidos iriam “estourar”.

Sendo assim, ela tinha medo de água de um modo geral. Até o rosto ela tinha medo de molhar com medo que pudesse se afogar. Na hora do banho, lavar a cabeça e o rosto era um problema. A mãe tinha que lavar os cabelos dela dentro da pia. No entanto, a partir do momento em que ela passou a participar das aulas de natação as coisas mudaram. Hoje em dia ela já toma banho em baixo do chuveiro, o que não acontecia antes, pois ela tomava banho numa bacia.

Além do medo de água ela também já apresentou outro medo: da casca do fruto da castanha. A mãe da aluna sempre gostou muito de castanha mas nunca tinha visto uma árvore desta fruta. Então, certa vez viajaram para uma cidade do interior e o pai da **P.M.V.D** encontrou uma árvore dessas e pegou uma destas castanhas que ainda estava dentro da sua casca que    repleta de espinhos. Quando ela viu esses espinhos ficou com medo e seu pai forçou-a a segurar a fruta com os espinhos. Ele disse: *“A   está a fruta que a sua mãe tanto gosta! Experimenta aqui!”* E a partir daí, todas as vezes que ela via a árvore da castanha ela gritava. Uma vez a mãe chegou a levá-la ao hospital pois ela chorava e gritava tanto que pensou que a filha estava sentindo alguma dor. Neste dia, o pediatra a atendeu, conversou bastante com ela, disse que ela não tinha nada e ela foi se acalmando, parou de chorar e esse medo foi vencido.

Falando um pouco sobre características da personalidade da aluna a mãe afirmou que ela é bastante insegura. Mas ela sabe reconhecer o momento em que ela tem condições de tomar determinada atitude: *“Puxa mãe, eu tinha medo, não conseguia fazer isso e agora eu sei”*. Ela tem consciência dos seus limites e sempre que avança sabe reconhecer o progresso que teve. E por iniciativa própria ela está se propondo a vencer todos os medos e todas as barreiras.

Já houve uma experiência anterior na tentativa de tentar transpor este obstáculo com relação ao meio líquido, mas, de acordo com a mãe, foi uma experiência frustrante. Essa experiência aconteceu na escola de natação Moby Dick. O professor trazia todo o tipo de material interessante para chamar a atenção da **P.M.V.D**, colocava brinquedos na água e pedia a ela que pegasse, mas nada funcionou, tudo foi em vão. A mãe acredita que não funcionou porque o professor era uma pessoa que ela não conhecia, que ela não tinha nenhuma afinidade e só tinha contato com ele nos dias de aula. Uma outra questão é que ela tinha medo da figura do homem, medo que o professor a pegasse e jogasse dentro da piscina como fez o pai. Na família, este é o único caso de medo do ambiente aquático.

O principal motivo que levou a mãe a colocá-la no Projeto de Natação foi porque seria mais uma experiência a ser feita, mais uma tentativa. A mãe acreditava que ela nunca mais iria entrar na água e já tinha até se conformado com isso. A partir daí a **P.M.V.D** começou a demonstrar interesse e de acordo com a mãe por duas razões: a primeira foi a confiança que ela depositou em mim; ela acredita que eu sou a pessoa que vai ajudá-la a superar esse medo. A segunda é que o namorado dela (com Síndrome de Down) também participa do Projeto, é campeão de natação e a incentiva sempre. Sendo assim, ela tem o desejo de nadar com ele e como ele e também se sente bastante segura pelo fato dele estar por perto.

A mãe afirma que o interesse dela pela natação é muito grande. Ela tem muita vontade de vencer logo esse medo e tem a certeza de que vai conseguir. Por exemplo, a aula acontece sempre às terças-feiras e já na segunda-feira ela está se preparando para o dia da aula. Sempre que chega da aula ela vem contando alguma novidade pois para ela cada dia de aula é uma conquista. *“Ela está feliz com ela mesma porque está tentando vencer esse medo e aos*

poucos está conseguindo. Todas as pequenas conquistas são uma grande vitória para ela". Para quem não chegava nem perto da piscina e agora até já entrou numa piscina infantil é realmente um grande progresso.

Desde o início deste trabalho, a mãe afirma que ocorreram algumas mudanças no comportamento da filha e a principal delas foi com relação a auto-estima. *"Ela agora não pode dizer que tem medo de água porque ela perdeu. Isso, para ela, é muito gratificante porque ela venceu uma barreira, mesmo que seja só colocar o pé ou a mão, mas ela já conseguiu chegar lá. Ela mesma diz que não tem mais medo da água. Ela não tem mais medo de entrar embaixo do chuveiro para lavar o cabelo e foi resultado do teu trabalho. A auto-estima dela aumentou bastante, ela está mais feliz porque cada passinho que ela vai dando é uma maneira de dizer que está conseguindo".*

A figura paterna na vida da **P.M.V.D** era como um bloqueador. Segundo a mãe, no dia em que o pai da **P.M.V.D** saiu de casa ela disse: *"Mãe eu agora estou curada, eu não quero mais ir na psicóloga, na fonoaudióloga, eu não quero mais nada mãe porque agora eu sarei"*, ou seja, ela tem consciência total do motivo pelo qual ela tem esse medo. Isso aconteceu há aproximadamente 10 anos e depois disso a **P.M.V.D** teve um desenvolvimento bastante grande. A mãe parou com todos os tratamentos, colocou-a em escolas regulares, mas na classe especial e depois nas escolas profissionalizantes. Ela até tentou a inclusão nas turmas regulares mas a professora a colocava no fundo da sala e passava desenhos para que ela pintasse durante a aula toda. Então a mãe a colocou em escolas especiais, pois acredita que o trabalho tem que ser especializado, que a **P.M.V.D** precisa de um atendimento mais individualizado para desenvolver ao máximo suas potencialidades.

Numa festa de família as pessoas comentaram o quanto a **P.M.V.D** tinha mudado, que estava muito bem, conversando com todos e sobre tudo. Eles estão observando um crescimento global nela e a mãe acredita que o fato dela estar perdendo esse medo é um dos motivos desse crescimento.

Quando foi perguntado se as aulas podiam ajudar a **P.M.V.D** de alguma forma a mãe respondeu: *"Já está ajudando. A alegria de perder esse medo, de deixar a água cair no rosto na hora do banho, lavando a cabeça. Tudo isso é fruto do seu trabalho. Ela tem uma vontade enorme de perder esse medo. Ela acha que você é a chave de tudo e é um trabalho que já deu resultado".*

A mãe acredita que um dos fatores que facilitou o desenvolvimento desse processo de aprendizagem foi o fato de os colegas de escola que também tem uma deficiência mental participarem do projeto porque ela sabe que eles estão lá para aprender como ela e que ela está segura pois nenhum dos colegas vai jogá-la na água ou fazer qualquer coisa que possa prejudicá-la.

Como justificativa para a evolução que houve a mãe cita em primeiro lugar a segurança que ela sente na professora pois sem confiança não há evolução (e esta segurança se manifestou no fato de ela querer ir para a aula, em participar e também porque as terças-feiras são sempre um motivo de alegria). O outro fator é a presença do namorado e o incentivo que ela recebe dele.

Como consideração final a mãe diz que agora ela tem a esperança de que a **P.M.V.D** consiga ir para a praia e ao menos colocar os pés na água. Tanto mãe quanto filha estão muito felizes e satisfeitas com os resultados obtidos até o presente momento e não querem que esse trabalho seja interrompido pois acreditam que a **P.M.V.D** está muito perto de vencer completamente esse medo.